

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95199853

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Opera	adora			_					
343269	Trumoro da Cala	Turburdo pola Opore	adora		951998	53					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid								
21/05/2024 11	:46	95199853		20/07/2024							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0050000057789161		11	5/2026	9-	N	KIN					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
ANDREIA CARVALHO	VIEIRA										
Dados do Contratado Solid	citante										
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		13 - Nome do C		ICA BENEFICE	NTF DF I ON	DRINA					
14 - Nome do Profissional So	olicitante	AGGGGIAGA	AO EVANOLLI		elho Profissional		onselho	17 - UF	18 - Código CBO		
RAFAEL LEITE DE PI		S		06		23538	011001110	41	225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	os da Internação									
19 - Código na Operadora / 0	11	20 - Nome do Hospit					1	• .	ara Internação		
78.613.841/0001-61		ASSOCIACAO I	EVANGELICA	BENEFICENTE	DE LONDRI	NA	05/06/2	2024 00:0	0		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de I	uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1		S			N		
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 10	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opo	cional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A		cidente ou d 9	loença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As											
34 - Tabela   35 - Código   1 - 22   30724058   2 - 18   60000805   3 -	do Procedimento	DIARIA DE	STIA (QUALQI QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	TOS COM BA	DE QUADRIL) - TRA	TA 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diárias Au <b>1</b>	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES78.613.841/0001-61ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA2550792									=		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/05/2024 / Empresa / Titular: ANDREIA CARVALHO VIEIRA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

· 11	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha <b>95199853</b>			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	95199853					21/05/2024 11:46	9519985		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	ll l								
0050000057789161									
8 - Nome	/IEID A								
ANDREIA CARVALHO									
Dados do Profissional Solici 9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
RAFAEL LEITE DE PIN			To Telefolik	·		TT - C-Mail			
Dados da cirurgia	TO TAVAILED								
12 - Justificativa técnica									
APRESENTOU DORES EM				E PARA DEAMBULAR E FAZE					
APRESENTOU DORES EM	QUADRIL EVOLUINDO	COM IMPOTÊNCIA FUNCIO	NAL E DIFICULDAD	E PARA DEAMBULAR E FAZE	ER ATIVIDADES DO I	DIA A DIA			
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- <b>74900994</b>	CUI			IMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA    1		_ _ _ ,	_  1   <u>                                  </u>		
80044680269		ARTHROM COMERCIO		SORTOPEDICOSLTDA					
2- <b>74004018</b>	CABECAS FEMORAIS DE CERA				1	,	_  1		
80044680330		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT							
3- <b>00 71802398</b>					<u>  2                                   </u>		_  2		
80023450092	A.C.			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- <b>73983683 80044680259</b>			IPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8    O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  , _ , _ , _ , _ , _ , _ , _ , _ , _	_  1		
5- <b>74898680</b>			RA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81   1 1			 	1		
80044680261	00.			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u>   </u>			
6- 00 00614327	CONJUNTO CIMENTACAO PRESS		RESSURIZACAO 8	SSURIZACAO 805002    1			_  1     _ ,		
10395270061		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTES	SORTOPEDICOSLTDA	· · ·				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa	279 1000 / Emitido om 21/	05/2024 / Empresa / Titular:	ANDREIA CARVALL	IO VIEIDA					
releione Contratado. (43)3.	576-1000 / Ellillido elli 21/	05/2024 / Linplesa / Titulai.	ANDICLIA CARVALI	IO VILIKA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			
	III				II .				



2 - Nº Guia no Prestador

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95199853 95199853 21/05/2024 11:46 95199853 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000057789161 8 - Nome ANDREIA CARVALHO VIEIRA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica APRESENTOU DORES EM QUADRIL EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA APRESENTOU DORES EM QUADRIL. EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 73302295 HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 10417940039 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 8- 00 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/05/2024 / Empresa / Titular: ANDREIA CARVALHO VIEIRA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização