

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92977233

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia  | Atribuído pela Op   | peradora                  |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|--|---------------------|---------------------------|---------------------|--------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| 343269   |                     |                           |                     | 929772             | 33                                     |   |  |  |  |  |  |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha  | l                   | 6 - Data de Valida        | de da Senha         |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 26/10/2023 10:12   | 9297723             | 33                        | 25/12/202           | 3                  |  |   |  |  |  |  |  |
| Dados do Beneficiário  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira   | t I                 | Validade da Carteira      |                     | 9 - Atendimento de | RN                                     |   |  |  |  |  |  |
| 0050000053481243   | 01                  | //02/2024                 |                     | N                  |  |   |  |  |  |  |  |
| 50 - Nome Social   |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 10 - Nome CESAR AUGUSTO PIFER MAKIOLKE   |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 12 - Código na Operadora   | 11                  | o Contratado              |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 10.246.214/0001-04   | UNIORT              | ORTOPEDIA ES              | PECIALIZA           | A LTDA             |  |   |  |  |  |  |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERR  | NS                  | 15 - Co                   | nselho Profissional | 16 - Número do C   | onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270 |   |  |  |  |  |  |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad   | dos da Internação   | 0                         |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ  | 20 - Nome do Ho     | spital / Local Solicitado |                     |                    |  | 21 - Data sugerida para Internação        |  |  |  |  |  |
| 10.246.214/0001-04   | UNIORT E OF         | RTOPEDIA ESPEC            | IALIZADA I          | TDA                |  | 30/10/2023 00:00                          |  |  |  |  |  |
| 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte  | ernação 24 - Re     | egime de Internação       | 25 - Qtde. Diár     | as Solicitadas 26  | - Previsão de uso de OP                | ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico |  |  |  |  |  |
| 1 C  |                     | 1                         | 1                   |                    | S                                      | N   |  |  |  |  |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO   |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 1  | 10(2) (opcional)    | 31 - CID 10(3) (opcio     | nal) 32 - C         | D 10(4) (opcional) | 33 - Indicação de A                    | Acidente (acidente ou doença relacionada) |  |  |  |  |  |
|  | (-) (-)             |                           |                     | (-) ()             |  | 9   |  |  |  |  |  |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Soli  | icitados            |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento  | 36 - Descriç        | ção                       |                     |                    |  | 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.         |  |  |  |  |  |
| 1- 22 30734045   | OSTEOC              | ONDROPLASTIA -            | <b>ESTABILIZA</b>   | CAO, RESSEC        | CAO E OU PLASTI                        | A (E 1 1                                  |  |  |  |  |  |
| 2- 22 30734053   | RECONS              | TRUCAO, RETENC            | IONAMENT            | OU REFORCE         | DE LIGAMENTO                           | - PR 1 1                                  |  |  |  |  |  |
| 3- 98 08011981   |                     | ROSCOPIA DE TO            |                     |                    |  | 1 1                                       |  |  |  |  |  |
| 4- 18 60024151   | ALUGUE              | LTAXA DE APARE            | LHO / EQUII         | AMENTO PAR         | A ARTROSCOPIA I                        | PAR 1 1                                   |  |  |  |  |  |
| 5-   | <u> </u>            |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 6-   | <u> </u>            |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 7-   |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 8-   |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 9-   | :                   |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 11-  | :                   |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 12-  | i                   |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| Dados da autorização   |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar  | 40 - Qtde Diárias   | Autorizadas 41 -          | Tipo de Acomo       | ação autorizada    |  |   |  |  |  |  |  |
| So Baia provavor da Admissas mospitalia  | 1                   | 1                         | ripo do Alocino     | ação autorizada    |  |   |  |  |  |  |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado   | 43 - Nome d         | o Hospital / Local Autori | izado               |                    |  | 44 - Código CNES                          |  |  |  |  |  |
| 10.246.214/0001-04   | UNIORT E            | ORTOPEDIA ES              | PECIALIZAI          | A LTDA             |  | 6528104                                   |  |  |  |  |  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / En  | niliao em 26/10/2   | 2023 / Empresa / Titul    | ar: FUNDO D         | : ASSISTENCIA      | A SAUDE DOS SERV                       | IDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA             |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
|  |                     |                           |                     |                    |  |   |  |  |  |  |  |
| 46 - Data da Solicitação 47 - As   | ssinatura do Profis | sional Solicitante 48     | 3 - Assinatura d    | Beneficiário ou R  | esponsável 49 - Ass                    | sinatura do Responsável pela Autorização  |  |  |  |  |  |



## 2 - Nº Guia no Prestador

## Unimed A

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

| 1 - Registro ANS   | 3 - Número da Guia Referen | ciada                   | 4 - Senha   | Senha   |   | 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |                 |  |  |  |  |
|--|----------------------------|-------------------------|---|---|---|---|-----------------|--|--|--|--|
| 343269   |                            | 92977233                |   | 92977233                                      | 26/10/2023 10:12                        |   | 92977233        |  |  |  |  |
| Dados do Beneficiário  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira   |                            | 29 - Nome Social        |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 0050000053481243   |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 8 - Nome   |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| CESAR AUGUSTO PIFER MAKIOLKE   |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| Dados do Profissional Solid  | itante                     |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solic   | tante                      |                         | 10 - Telefone   | 1   | 1 - E-mail                              |   |                 |  |  |  |  |
| CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| Dados da cirurgia  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica   | NEVO                       |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| INDICAÇÃO CLÍNICA EM A   | ANEXO                      |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| ,  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| OPME Solicitadas   |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do   | Material 15 -              | Descrição               |   | 16 - Opcão 17 - Otde                          | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unita                       | ário Autorizado |  |  |  |  |
| 21 - Registro ANVISA do Mate   |                            | 22 - Referência do mate | rial no fabricante  | 23 - Nº Autorização                           |   |   |                 |  |  |  |  |
| 1- 00712639  | GAI                        | NCHO COMPRESSAO SU      |   | <u> </u> 1                                    | ,                                       | _  1  | _ ,             |  |  |  |  |
| 80356130057  |                            |                         | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA   | _ _ _   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 2- 00 00590045   | LAN                        | MINA PARA SHAVER SET    |   | <u>    1                                 </u> |   | _  1   _  | _ ,             |  |  |  |  |
| 80777280006  | 4.51                       |                         | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA   |   | _ _ _ _                                 |   |                 |  |  |  |  |
| 3- 00 76221229<br>10247700123  | ANG                        |                         | SERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR<br>CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |   | _  ,                                    | _  2  _ _ _   | _ ,             |  |  |  |  |
| 4-   |                            | ARTHROW COWER           | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSETDA   |   |   | _   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   | _   | _ ,             |  |  |  |  |
| 5-   |                            | IIIIII                  |   |   |   | ı<br>_  |                 |  |  |  |  |
|  | <br>                       |                         |   |   | _                                       | _   |                 |  |  |  |  |
| 6-   |                            |                         |   | _   | _                                       | _   | _ ,             |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   | _ _   |                 |  |  |  |  |
| 24 - Especificação do Materia  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| Telefone Contratado. (40)0012-0000 / Entitudo enti 20/10/2020 / Entitudo de A00101ENOIA A OAODE DOS SERVIDORES MICHOLANIO DE ECHDININA   |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   | ļ               |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação   | 27 - Assinatura do Pro     | ofissional Solicitante  |   | 28 - Assinatura do                            | o Responsável pela Autorização          |   |                 |  |  |  |  |
|  |                            |                         |   |   |   |   |                 |  |  |  |  |