

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92198791

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS  | 3 - Núme                                | ero da Guia A      | tribuído p                      | pela Operad                              | dora   |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
|---|---|--------------------|---------------------------------|--|--|---|--|---|---|--|--------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| 343269  |   |                    |                                 |  |  |   |  | 9219  | 8791  |  |                          |                    |                                      |
| 4 - Data da Autorização<br>14/08/2023   | 16:57                                   | 5 - Senha          | 92                              | 198791                                   | 6 - Data de Valid  |   | Senha<br>10/2023                               |   |   |  |                          |                    |                                      |
| Dados do Beneficiário   |   |                    |                                 |  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
| 7 - Número da Carteira  |   |                    |                                 | 8 - Val                                  | idade da Carteira  |   | 9 -  | Atendimento                                 | de RN   |  |                          |                    |                                      |
| 9942009539757004  | ļ.                                      |                    |                                 | 31/03                                    | /2023  |   |  | N   |   |  |                          |                    |                                      |
| 50 - Nome Social  |   |                    |                                 |  |  |   |  |   |   | <del></del>  |                          |                    |                                      |
|   |   |                    |                                 |  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
| 10 - Nome   |   |                    |                                 |  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
| RAFAEL AUGUST   |   |                    |                                 |  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
| Dados do Contratado  12 - Código na Operado   |   | 9                  | 13 - N                          | Nome do Co                               | ontratado  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
| 08.271.755/0001-32  |   |                    | 11                              |  | RAUCARIA D   | E LON                                       | IDRINA I                                       | _TDA  |   |  |                          |                    |                                      |
| 14 - Nome do Profission   | al Solicitan                            | ite                |                                 |  |  |   | 15 - Cons                                      | elho Profissio                              | onal  | 16 - Número do C   | onselho                  | 17 - UF            | 18 - Código CBO                      |
| MAURICIO SHIGU  | ENOBU                                   | KANASHI            | RO                              |  |  |   | 06 54  |   |   | 5460   |                          | 41                 | 225270                               |
| Dados do Hospital / Lo  | cal Solici                              | tado / Dado:       | s da Inte                       | ernação                                  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
| 19 - Código na Operado  |   |                    |                                 |  | I / Local Solicitade                                     |   |  | _   |   |  | 11                       |                    | ara Internação                       |
| 08.271.755/0001-32  |   |                    |                                 |  | UCARIA DE L  | ONDR  | INA LTD  | A   |   |  |                          | 2023 00:0          |                                      |
| 22 - Caráter do Atendimer  1  | ito 23 -                                | Tipo de Interr     | nação                           | 24 - Regime                              | e de Internação<br><b>1</b>                              | 25 - Q                                      | tde. Diárias<br><b>1</b>                       | Solicitadas                                 | 26 - Pr   | revisão de uso de OP<br><b>S</b>                             | PME 27 - I               | Previsão de I      | uso de Quimioterápico  N             |
| 28 - Indicação Clínica  |   |                    |                                 |  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
|   |   |                    |                                 |  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)   |   |                    | (2) (opcio                      | opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)      |  |   | 32 - CID 10(4) (opcional)                      |   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona <b>9</b> |  |                          | oença relacionada) |                                      |
| Procedimentos ou Iten   | s Assiste                               | L<br>nciais Solici | tados                           |  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |
| 34 - Tabela   35 - Cóc   1- 22   307311   2- 22   307330   3- 22   307330   5- 18   600005   6- 18   600241   7-  | 19<br>65<br>330<br>173<br>554<br>51<br> | cedimento          | TEN<br>REF<br>COI<br>DIA<br>ALL | PARO OU<br>NDROPL<br>CONSTRI<br>RIA DE A | ASTIA (COM F<br>JCAO, RETEN<br>APARTAMENT<br>AXA DE APAR | UM ME<br>REMOC<br>ICIONA<br>FO SIMI<br>ELHO | ENISCO -<br>AO DE C<br>MENTO<br>PLES<br>EQUIPA | PROCEDI<br>ORPOS LI<br>OU REFOR<br>MENTO PA | MENTO   | O VIDEOARTRO<br>) - PROCEDIME<br>IO LIGAMENTO<br>ARTROSCOPIA | 1 DSC 1 NTO 1 CR 1 PAR 1 | - Qtde. Soli       | 2. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1  1 |
| Ja - Data provavel da Ad  | iiiiioSaO MC                            | opitalal    40     | u - Qiae I                      | Diarias Auto<br><b>1</b>                 | orizadas   41<br>  <b>12</b>                             |   | : Acomoda(                                     | au autofizad                                | a   |  |                          |                    |                                      |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado   43 - Nome do Hospital / Local Autorizado   HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA   44 - Código CNES   6074502  |   |                    |                                 |  |  |   |  | =   |   |  |                          |                    |                                      |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 14/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A  46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização |   |                    |                                 |  |  |   |  |   |   |  |                          |                    |                                      |



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

|   | 10.11                      |                                      |  |  | 5 - Data da Autorização | [          |                         |  |  |  |
|---|----------------------------|--------------------------------------|--|--|-------------------------|------------|-------------------------|--|--|--|
| 1 - Registro ANS  | 3 - Número da Guia Referen |                                      | 4 - Senha  | 92198791   |                         |            | tribuído pela Operadora |  |  |  |
| 343269  |                            | 92198791                             |  | 92198791   | 14/08/2023 16:57        |            | 92198791                |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |                            | 29 - Nome Social                     |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| 9942009539757004  |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| 8 - Nome  |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| RAFAEL AUGUSTO FISTER   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solic  |                            |                                      | 10 - Telefone  | 1  | 1 - E-mail              |            |                         |  |  |  |
| MAURICIO SHIGUENO   | BU KANASHIRO               |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| Dados da cirurgia   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
|   | ão de menisco lesão cond   |                                      | ecessita de tratamento cirurgico.<br>ssita de tratamento cirurgico |  |                         |            |                         |  |  |  |
| OPME Solicitadas  |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do l<br>21 - Registro ANVISA do Mate  |                            | Descrição<br>22 - Referência do mate | rial no fabricante   | 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento |                         |            |                         |  |  |  |
| 1- 00 00597007  |                            |                                      | A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB                                  | 2  | 1 1 1 1 1 1             | _  2       | ,                       |  |  |  |
| 80044680085   |                            |                                      | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                                    | <br>   |                         | -•         |                         |  |  |  |
| 2- 00 00590045  | LAN                        | MINA PARA SHAVER SET                 | ORMED - 001030306  | 11   |                         | _  1       |                         |  |  |  |
| 80777280006   |                            | ARTHROM COMERC                       | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                                    | <br>   |                         | _ <b>.</b> |                         |  |  |  |
| 3- <b>00 00116700</b>   | CAI                        | NETA ABLACAO RF STRI                 | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200                                   | <u> </u>   |                         | _  1       |                         |  |  |  |
| 80743230025   |                            | ARTHROM COMERC                       | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                                    | <br> _ _ _ _   |                         |            |                         |  |  |  |
| 4- 00 78898676  | DIS                        | POSITIVO DE REPARACA                 | AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D                             | 2  | _ ,                     | _  2       |                         |  |  |  |
| 80044680449   |                            | ARTHROM COMERC                       | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                                    |  |                         |            |                         |  |  |  |
| 5-   _  | _ _ _                      |                                      |  |  | _   _ _ , _             | _          | _ ,                     |  |  |  |
|   |                            |                                      |  |  | _ _ _                   | _ _        |                         |  |  |  |
| 6-   _  | _ _ _                      |                                      |  |  |                         | _          | ,                       |  |  |  |
|   |                            |                                      |  |  |                         | _          |                         |  |  |  |
| 24 - Especificação do Materia   | 1                          |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
|   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
|   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 14/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| Telefone Contratado. (+0/00/ 1-2000 / Entitudo enti 1-1/00/2020 /AO TORIZADO CONTORINE DE ORIGENI / Entiplesa / Hitilai. ONINIED SECONADORA S/A                             |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
|   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
|   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
|   |                            |                                      |  |  |                         |            |                         |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação  | 27 - Assinatura do Pr      | ofissional Solicitante               |  | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização  |                         |            |                         |  |  |  |