

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91500697

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - <b>343269</b>  | Número da Guia A                                   | Atribuído pela Opera             | adora                          |                      | 0150   | 00697 |                     |                     |                                   |                                  |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------|----------------------|--|-------|---------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
|   | F Conho  |                                  | C Data da Valid                | lada da Canha        | 7  | 00091 |                     |                     |                                   |                                  |
| 4 - Data da Autorização<br>12/06/2023 10  | 5 - Senha  | 91500697                         | 6 - Data de Valid              | 11/08/202            | 3  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| Dados do Beneficiário   |  |                                  |                                |                      |  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 7 - Número da Carteira  |  | 11                               | llidade da Carteira            | 9                    | - Atendiment   |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 0050000005756017  |  | 26/0                             | 9/2025                         |                      | N  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 50 - Nome Social  |  |                                  |                                |                      |  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 10 - Nome  ALEXANDRE BALLAF   | ROTTI  |                                  |                                |                      |  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| Dados do Contratado Solicitante   |  |                                  |                                |                      |  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 12 - Código na Operadora<br>08.214.460/0001-24  |  | 13 - Nome do C                   | OTOCENTRO I                    | DE LONDRIN           | A LTDA   |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 14 - Nome do Profissional So<br>FERNANDO TAKAO (  |  |                                  |                                | 15 - Co<br><b>06</b> | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do C<br>19896 |       |                     | onselho             | 17 - UF                           | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
| Dados do Hospital / Local   | Solicitado / Dado:                                 | s da Internação                  |                                |                      |  |       |                     |                     | ',                                |                                  |
| 19 - Código na Operadora / 0<br>08.214.460/0001-24  | - 11   | 0 - Nome do Hospit               |                                |                      | TDA  |       |                     | 1                   | a sugerida p<br>2023 00:0         | ara Internação<br><b>0</b>       |
| 22 - Caráter do Atendimento   | 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internaçã |                                  | 24 - Regime de Internação 25 - |                      | 11   |       | 11                  |                     | Previsão de uso de Quimioterápico |                                  |
| 1   | С  |                                  | 1                              | ] 1                  |  |       | S                   |                     |                                   | N                                |
|   |  | (0)                              |                                |                      | D 40/4) /  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 29 - CID 10 Principal (opcion   | ai) 30 - CID 10                                    | (2) (opcional)                   | 31 - CID 10(3) (opci           | ionai) 32 - Ci       | D 10(4) (opcio                                       | inai) | 33 - Indicação de A | cidente (a          | 9                                 | oença relacionada)               |
| Procedimentos ou Itens As   |  |                                  |                                |                      |  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 34 - Tabela         35 - Código do Procedimento         36 - Descrição         37 - Qtde. Solic.         38 - Qtde. Aut.           1- 22         30735033         ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO         1         1           2- 22         30735068         RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP         1         1           3- 22         30735084         RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC         1         1           4- 18         60000805         DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO         1         1 |  |                                  |                                |                      |  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 4- 18 60000805<br>5- 18 60024151  |  |                                  |                                |                      |  |       | RTROSCOPIA P        |                     |                                   | 1                                |
| 6-  |  |                                  |                                |                      |  |       |                     | _<br> _<br> _<br> _ |                                   |                                  |
| Dados da autorização  |  | 0.011.511                        |                                | T                    |  | . 1   |                     |                     |                                   |                                  |
| 39 - Data provável da Admis   | são hospitalar   40                                | 0 - Qtde Diárias Aut<br><b>1</b> | torizadas 41 -                 | - Tipo de Acomod     | ação autorizad                                       | da    |                     |                     |                                   |                                  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 68.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 5301424   |  |                                  |                                |                      |  |       |                     |                     |                                   |                                  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 12/06/2023 / Empresa / Titular: ALEXANDRE BALLAROTTI  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização  |  |                                  |                                |                      |  |       |                     |                     |                                   |                                  |





Unimed A Londrina

## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b>  | 3 - Número da Guia de Solic  | itação de Internação           |                                     | 4 - Data da Autori:  | zação<br>/2023 09:47 |               |                    |  |  |  |
|--|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------|---------------|--------------------|--|--|--|
| 5 - Senha  |                              |                                | 6 - Número da                       |  |                      |               | 1                  |  |  |  |
| o definia  |                              | 91883622                       | - Namoro da                         | 6 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>91883622                    |                      |               |                    |  |  |  |
| Dados do Beneficiário  |                              | 0.000==                        |                                     |  |                      |               | 0.0000==           |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira   |                              | 31 - Nome Social               |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 0050000005756017   | ,                            | 31 - Nome Social               |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 8 - Nome  ALEXANDRE BAL  | LAROTTI                      |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| Dados do Contratado  | Solicitante                  |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 9 - Código na Operadora  | a                            | 10 - Nome do Contratado        |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 08.214.460/0001-24   | 1                            | HOSPITAL OTOCENTRO             | DE LONDRI                           | NA LTDA  |                      |               |                    |  |  |  |
| 11 - Nome do Profissiona   | al Solicitante               |                                | 12 - Conse                          | 12 - Conselho Profissional 13 - Número do Conselho 14 - UF 15 - Código CBO |                      |               |                    |  |  |  |
| FERNANDO TAKA  | O CINAGAVA                   |                                | 06                                  |  | 19896                | 41            | 225270             |  |  |  |
| Dados da Internação  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 16 - Qtde. diárias Adicion   | nais Solicitadas 17 -Tipo    | da Acomodação Solicitada       | 7                                   |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 1  |                              | 1                              |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 18 - Indicação Clínica   | i L                          |                                | _                                   |  |                      |               | 1                  |  |  |  |
| solicito liberação de pa   | acote                        |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               | •                  |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| Procedimentos ou Iten  | s Assistenciais Adicionais S | Solicitados                    |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 19 - Tabela 20 - Cód   | ligo do Procedimento 21      | - Descrição                    |                                     |  |                      | 22 - Qtde. So | ic. 23 - Qtde. Aut |  |  |  |
| 1- 98 080119   | -                            | CT ARTROSCOPIA DE OME          | BRO - ENFER                         | MARIA  |                      | 1             | 1                  |  |  |  |
| 2-   | _ _ _  _                     |                                |                                     |  |                      | _             | _                  |  |  |  |
| 3-   | _ _ _                        |                                |                                     |  |                      |               | _ _ _              |  |  |  |
| 4-   _   | _ _ _  _                     |                                |                                     |  |                      | _             |                    |  |  |  |
| 5-   _   |                              |                                |                                     |  |                      | _             |                    |  |  |  |
| 6-   _   |                              |                                |                                     |  |                      | _             | _ _ _              |  |  |  |
| 7-   _   |                              |                                |                                     |  |                      | _             |                    |  |  |  |
| 8-   |                              |                                |                                     |  |                      | _             | _                  |  |  |  |
| Dados da autorização   |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 24 - Qtde. Diárias Adicio  | nais Autorizadas 25 - Tipo   | da Acomodação Autorizada       |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 1  | 1                            | İ                              |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 26 - Justificativa da oper   | adora                        |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 20 Guotimoutiva da opor  | 440.4                        |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 27 - Observação / Justifi  | cativa                       |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| Telefone Contratado: / Emitido em 17/07/2023 / Empresa / Titular: ALEXANDRE BALLAROTTI |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
|  |                              |                                |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| _  | 1,                           | 11                             |                                     |  |                      |               |                    |  |  |  |
| 28 - Data da Solicitação   | 29 - Assinatura              | do Profissional Solicitante 30 | <ul> <li>Assinatura do R</li> </ul> | esponsável pela Au   | itorização           |               |                    |  |  |  |



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 91500697 91500697 12/06/2023 10:06 91500697 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000005756017 8 - Nome **ALEXANDRE BALLAROTTI** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **FERNANDO TAKAO CINAGAVA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica 03 ancoras juggerknot 78890578/02 laminas de shaver/01 radiofrequencia bipolar 78632951 /01 quia flexivel para sutura do Mr - cotar na arthrom solicitação de cirurgia de ombro esquerdo **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 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 71502661 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J 3- 00 80044680086 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 00596221 **GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M** 80743230002 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 12/06/2023 / Empresa / Titular: ALEXANDRE BALLAROTTI 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização