

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92237203

(Via HOSPITAL)

| 1. Region PAISS   2 - Numero da Gasa Attitudos pela Operadora   34. April 1970   22337203   3 - Desa de Valudade da Servira   16/10/2023   17/08/2023   2.237   3 - Desa de Valudade da Servira   16/10/2023   3 - April 1970   3   |   |                  |                         |                             |                    |                      |                                   |
|--|---|------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------------------|
| 1-10      | 1 11  | Guia Atribuído p | oela Operadora          |                             |                    |                      |                                   |
| 1708/2023 12:37   92277203   16/10/2023  | 343269  |                  |                         |                             | 92237203           | 3                    |                                   |
| 7. Note to discretion  | 1 11  |                  | 11                      |                             |                    |                      |                                   |
| 0x50000000171607   0x100000171607   0x100000171607   0x1000000171607   0x100000171607   0x1000000171607   0x100000171607   0x1000000171607   0x100000171607   0x100000171607   0x1000000171607   0x1000000171607   0x1000000171607   0x1000000171607   0x1000000171607   0x1000000171607   0x10000000171607   0x10000000000000000000000000000000000  | Dados do Beneficiário                           |                  | ,                       |                             | _                  |                      |                                   |
| Solution   Social   Social   Solution   Social   |   |                  | 11                      | ra 9                        |                    | N                    |                                   |
| 10 - Norma ACOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FELIO Dados do Contretado Soliciante 12 - Codigo no Expensión 19 - Norma de Membra Frofitacional 19 - Codigo no Expensión / CRIO 19 - Norma de Hospital / Local Solicitado: 10 - Codigo no Expensión / CRIO 19 - Norma de Hospital / Local Solicitado: 10 - Codigo no Expensión / CRIO 19 - Norma de Hospital / Local Solicitado: 10 - Codigo no Expensión / CRIO 10 - Norma de Hospital / Local Solicitado: 10 - Codigo no Expensión / CRIO 10 - CRIO |   |                  | 04/08/2025              |                             | N                  |                      |                                   |
| Dadies de Contentiando Solicitarios Solicitarios (12-10-10) (13-1-Nome do Contratados (13-1-Nome | 50 - Nome Social                                |                  |                         |                             |                    |                      |                                   |
| 19. Fodings ma Operandoma   19. Podera   1   | †   | ijo              |                         |                             |                    |                      |                                   |
| 1- Notice do Professional Solicitante   1- Notice de Professional Solicitante   1- Notice de Professional Solicitante   1- Notice de Professional   16 - Número do Conselho   17 - UP   15 - Código CBD  | Dados do Contratado Solicitante                 |                  |                         |                             |                    |                      |                                   |
| 13 - Nome do Professional Solicitante   15 - Corsalho Professional   16 - Numero do Conseilho   17 - UF   18 - Ecologo CBO CBO CIRO VERONESE DOS SANTOS   225270      | 12 - Código na Operadora                        | 13 - N           | lome do Contratado      |                             |                    |                      |                                   |
| Dadios de Heapplai / Local Solicitado/ Diadros de internação   23 - Noto de Heapplai / Local Solicitado/ Diadros de internação   23 - Noto de Heapplai / Local Solicitado/ Diadros de Internação   23 - Noto de Internação   24 - Noto de Heapplai / Local Solicitado   23 - Noto de Internação   24 - Noto de Internação   24 - Noto de Internação   24 - Noto de Internação   25 - Code   25 - Code   25 - Code   26 - Noto de Internação   27 - Previsão de uso de Ormitorição   28 - Previsão de uso de Ormitorição   28 - Previsão de uso de Ormitorição   28 - Noto de Internação   28 - Previsão de uso de Ormitorição   28 - Noto de Internação   28 - Previsão de uso de Ormitorição   28 - Previsão de uso de Uso de uso de Ormitorição   28 - Previsão de uso de Ormitorição   28 - Previsão de uso de Ormitorição   28 - Orditorizão   28 - Ordi   | 08.271.755/0001-32                              | HOS              | PITAL ARAUCARIA         | DE LONDRINA                 | LTDA               |                      |                                   |
| 29 - CID 10 Principal (against)   20 - Nome do Hospital Charles   22 - Carátero Activator   23 - Tipo de Internação   23 - Tipo de Internação   23 - Regime de Internação   24 - Codigo na Operadora (CRP)   25 - Clasta superintense   25 - Clasta (CRP)   27 - Previsão de uso de Calministrápico   1  |   | 3                |                         | 11                          | selho Profissional | 11                   |                                   |
| Be.271.755/0001-32   HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA   23 - Tipo de Internação   23 - Regime de Internação   25 - Colde. Distrias Solicitadas   28 - Prevista de uso de OPME   7 - Previsão de uso de Opmicis   7 - Previsão de uso de Acidente ou doerça relacionado   7 - Previsão de uso de Acidente do Acidente ou doerça relacionado   7 - Previsão de uso de Acidente ou doerça relacionado   7 - Previsão de uso de Acidente do Acidente ou doerça relacionado   7 - Previsão de Acidente do Acidente ou doerça relacionado   7 - Previsão de Acidente do Acidente dou doerça relacionado   7 - Previsão de Acidente do Acidente do Ac   | Dados do Hospital / Local Solicitado /          | Dados da Inte    | rnação                  |                             |                    |                      |                                   |
| 23 - Folia politica de Jacobier de Acestra de Acestra de Jacobier  | 19 - Código na Operadora / CNPJ                 | 11               | •                       |                             |                    |                      | * ' '                             |
| 1  | 08.271.755/0001-32                              | HOSPITA          | AL ARAUCARIA DE         | LONDRINA LTE                | )A                 |                      | 04/09/2023 00:00                  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Aodente (accidente ou doença relacionado) 9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Cúdigo do Procedimento 36 - Descrição 37 - Quide, Solic. 38 - Oúde, Aut. 12 2 30726239 REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGIC 1 1 1 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1  | 1 11 '  | · 11             |                         | 11                          | Solicitadas 26 -   |                      |                                   |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Códego do Procedimento 36 - Descrição 37 - Otdo, Solic. 38 - Otdo, Aut. 1 - 22 30726239 REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGIC 1 1 2 30. 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 3 3 3 4 1 1 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1  | 28 - Indicação Clínica                          |                  |                         |                             | I L                |                      |                                   |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Otde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1 22 30726239 REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGIC 1 1 2 - 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 3 - 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 3 3 3 4 - I   |   |                  |                         |                             |                    |                      |                                   |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.  1 - 22 30726239 REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGIC 1 1 2 - 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 3 - 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 3 3 3 4 -  | 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - C         | ID 10(2) (opcio  | onal) 31 - CID 10(3) (o | pcional) 32 - CIE           | 10(4) (opcional)   | 33 - Indicação de Ac |                                   |
| 34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   36 - Descrição   37 - Qtde. Solic.   38 - Qtde. Aut.   1 - 22   30726239   REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGIC   1   1   1   1   1   1   1   1   1   | Procedimentos ou Itens Assistenciais            | Solicitados      |                         |                             |                    |                      |                                   |
| 2- 22   30726034   ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR   1   1   1   1   1   1   1   1   1   |   |                  | Descrição               |                             |                    |                      | 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. |
| 3   12   42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado   43 - Nome do Hospital / Local Autorizado   44 - Código CNES   45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 17/08/2023 /01 kit pulse de lavagem - material não padronizado para esse procedimento conforme consenso da especial idade - autorizado seringa de 60ml pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: AGOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FEIJO  | 1- 22 30726239 2- 22 30726034 3- 18 60000554 4- | REA<br>ART       | ALINHAMENTOS DO A       | DE JOELHO CO<br>NTO SIMPLES | M IMPLANTES        | - TRATAMENTO C       | C 1 1                             |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  82 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA  45 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 17/08/2023 /01 kit pulse de lavagem - material não padronizado para esse procedimento conforme consenso da especial idade - autorizado seringa de 60ml pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: AGOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FEIJO   | 39 - Data provável da Admissão hospitala        | 40 - Qtde D      | Diárias Autorizadas 4   | 1 - Tipo de Acomoda         | ção autorizada     |                      |                                   |
| MOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA   6074502   45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 17/08/2023 /01 kit pulse de lavagem - material não padronizado para esse procedimento conforme consenso da especial idade - autorizado seringa de 60ml pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: AGOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FEIJO  |   |                  | 3 1                     | 2                           |                    |                      |                                   |
| Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 17/08/2023 /01 kit pulse de lavagem - material não padronizado para esse procedimento conforme consenso da especial idade - autorizado seringa de 60ml pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: AGOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FEIJO  | 1   | 11               | •                       |                             | LTDA               |                      | 11                                |
|  |   |                  |                         |                             |                    |                      |                                   |



## 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                                      |                               | 4 - Senha   |                                     | 5 - Data da Autorização                     | 6 - Número da Guia atribu   |                                |
|--|---|-------------------------------|---|-------------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 343269   |   | 92237203                      |   | 92237203                            | 17/08/2023 12:37                            |                             | 92237203                       |
| Dados do Beneficiário  |   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| 7 - Número da Carteira   |   | 29 - Nome Social              |   |                                     |   |                             |                                |
| 0050000003171607   |   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| 8 - Nome   |   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| AGOSTINHO LUIZ ZAN   | MBRIM FEIJO   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| Dados do Profissional Solid  | citante   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| 9 - Nome do profissional solic   | itante  |                               | 10 - Telefone   | 1                                   | 1 - E-mail                                  |                             |                                |
| CIRO VERONESE DOS SANTOS   |   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| Dados da cirurgia  |   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| M190 Artrose   | •   | do de tratamento cirurgico pa | ra colocação de protese<br>me consenso da especialidade - autorizad | do seringa de 60ml pago em con      | ta hospitalar                               |                             |                                |
| OPME Solicitadas   |   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| 13 - Tabela 14 - Código do   |   | Descrição                     |   |                                     | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic     | itado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 1- <b>00 72397888</b>  | - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa |                               |   | 23 - Nº Autorização<br>ARD - G II 2 | de Funcionamento                            |                             |                                |
| 10243070062  |   |                               | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL  |                                     |   | _  2                        | ,                              |
| 2- 76394123  | SIS.  |                               | NEE OXFORD CIMENTADO - 166942                                       |                                     |   | I 1                         | ,                              |
| 80044680227  | Ol0   |                               | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL  | ı—                                  | 1 <u>   1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  -</u> | -1 '                        | IIII <sup>1</sup> III          |
| 3- <b>76394115</b>   | SIS   |                               | NEE OXFORD CIMENTADO - 154721                                       |                                     |   | I 1                         |                                |
| 80044680227  |   |                               | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL  |                                     |   | -1 -                        | 1                              |
| 4- 76394476  | SIS   | TEMA DE JOELHO UNI KI         | NEE OXFORD CIMENTADO - 159540                                       | INSERT  _  1                        |   | _  1                        | _ _ ,                          |
| 80044680227  |   | ARTHROM COMERC                | O DE IMPLANTESORTOPEDICOSL  | TDA   _ _                           |   |                             |                                |
| 5-   _   | _ _ _   |                               |   | _   _                               | _   _ _ , _                                 | _                           | ,                              |
|  |   |                               | <del> _ _ _ _ </del>  | _                                   | _ _ _ _                                     | _ _                         |                                |
| 6-   | _ _ _   |                               |   | _   _                               | _   _ _ ,                                   | _                           | ,                              |
|  | _ _ _ _   |                               |   | _                                   | _ _ _ _                                     | _                           |                                |
| 24 - Especificação do Materia  | I   |                               |   |                                     |   |                             |                                |
| 25 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3<br>Titular: AGOSTINHO LUIZ | 3371-2500 / Emitido em 17/                                      | 08/2023 /01 kit pulse de lava | gem - material não padronizado para ess                             | e procedimento conforme conse       | nso da especialidade - autorizado           | seringa de 60ml pago em     | conta hospitalar / Empresa /   |
| 26 - Data da Solicitação   | 27 - Assinatura do Pro  | ofissional Solicitante        |   | 28 - Assinatura d                   | Responsável pela Autorização                |                             |                                |