

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93690286

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número da Gui	a Atribuído p	oela Opera	adora			93690	0286					
4 - Data da Autorização 10/01/2024 10	5 - Senh		690286	6 - Data de Val		Senha 03/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Va	llidade da Carteira	a	9 -	Atendimento	de RN					
8522200418003540							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome ROBERTO CESAR DE ALMEIDA													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora		11	lome do C		CACAI	DE LONG	DINA						
78.614.971/0001-19 14 - Nome do Profissional S	olicitante	IRW	ANDAD	E DA SANTA	CASA		elho Profissio	nal	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO	
DANILO CANESIN DA						06			24619		41	225270	
Dados do Hospital / Loca	Solicitado / Da	dos da Inte	ernação										
19 - Código na Operadora / 78.614.971/0001-19	CNPJ	t	•	al / Local Solicitad		ONDRIN	IA			11	a sugerida p 2024 00:0	para Internação	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de (OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico			
28 - Indicação Clínica				<u>'</u>									
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID	10(2) (opcic	onal) 3	31 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação d	e Acidente (a	cidente ou d 9	doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens A													
1- 22 30735033 2- 22 30735084 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-		ACF RUF RES DIA	PTURA I SSECCA RIA DE	LASTIA - PRO DO MANGUITO O LATERAL I QUARTO COI AXA DE APAR	O ROTA DA CLAV LETIVO	DOR - PR VICULA - DE 2 LEI	PROCEDIME PROCEDII TOS COM	NTO V MENTO BANH	/IDEOARTRO O VIDEOART EIRO PRIVAT	SRO 1 SCOP 1 ROSC 1 TIVO 2	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 2 1	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde [Diárias Aut 2	torizadas 41	I - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	а					
42 - Código na Operadora / 78.614.971/0001-19	CNPJ autorizad	- 11		lospital / Local Au		DE LONG	ORINA					44 - Código CNES 2580055	
45 - Observação / Justificati Telefone Contratado: (43 IS JUGGERKNOTTM - F. AS COOPERATIVAS ME)3373-1500 / E AVORÁVEL A L	mitido em 1	10/01/202	4 /AUTORIZAD	O PARCI	IAL CONF	ORME JUN					NCORAS FLEXIVE	
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura do	Profissio	nal Solicitante	48 - Assi	natura do E	eneficiário ou	ı Respo	nsável 49 - A	Assinatura do	Responsáv	rel pela Autorização	



46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93690286 (Via MÉDICO)

	-									
1 - Registro ANS 3 -	Número da Gui	a Atribuído	pela Operad	dora		936	90286			
4 - Data da Autorização	5 - Senh			6 - Data de \	Validade da Senh	•				
10/01/2024 10	:26	9:	3690286		25/03/2	2024				
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			8 - Vali	idade da Carte	eira	9 - Atendimer	nto de RN			
8522200418003540						11	N			
50 - Nome Social										
10 - Nome ROBERTO CESAR DE ALMEIDA										
Dados do Contratado Solid	itante									
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19		- 11	Nome do Co		A CASA DE	ONDRINA				
14 - Nome do Profissional So	licitante		17.1157.5			- Conselho Profis	sional	16 - Número do Cor	nselho 17 - UF	18 - Código CBO
DANILO CANESIN DA					06			24619	41	225270
Dados do Hospital / Local			,							
19 - Código na Operadora / C 78.614.971/0001-19	;NPJ	1		I / Local Solici	itado ASA DE LON	IDRINA		t i	21 - Data sugerida 22/01/2024 00:	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	<u> </u>		e de Internação		Diárias Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM		uso de Quimioterápico
1	С		-	1		2		S		N
28 - Indicação Clínica RUPTURA ombro esq TE			- COTDEI				<u> </u>			
29 - CID 10 Principal (opcion:	al) 30 - CID	10(2) (opc	cional) 31	1 - CID 10(3) ((opcional) 32	? - CID 10(4) (opci	ional)	33 - Indicação de Ac	idente (acidente ou 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	esistenciais Sc	licitados								
	do Procedimento		- Descrição						37 - Qtde. Sc	olic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735033		AC	CROMIOPL					PICO DE OMBRO		1
2- 22 30735068 3- 22 30735084								'IDEOARTROSC O VIDEOARTROS		1
4-	_	_		, LA I LINAL	_ DA CLAVICO			J VIDLOAKTKO	_ _ _	
5-	_ _ _ _									_
6- _	_	-!							_ _	
7- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_	-								
8- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_llii_	_l I							 	
10-	_llii_	- 							 	
11-	_l_l_l	_ 								
12-	_ _ _ _									
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 2	11	41 - Tipo de Acc	omodação autoriza	ada			
42 - Código na Operadora / 0 78.614.971/0001-19	CNPJ autorizad	11		ospital / Local .	Autorizado	LONDRINA				44 - Código CNES 2580055
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43) IS JUGGERKNOTTM - FA	3373-1500 / E VORÁVEL A L	mitido em LIBERAÇÃ	10/01/2024 ÃO DE ANC	I /AUTORIZ <i>I</i> ORAS MET/	ADO PARCIAL (ALICAS / Empr	CONFORME JU esa / Titular: UN	INTA MED	DICA. DESFAVORA NTRO PAULISTA	AVEL AO OPME A FEDERACAO INT	ANCORAS FLEXIVE TRAFEDERATIVA D
AS COOPERATIVAS MED	ICAS									

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93690286

(Via ANESTESISTA)

		l										
1 - Registro ANS 3	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	adora								
							93690	286				
4 - Data da Autorização	5 - Senh	а		6 - Data de V	/alidade da	Senha						
10/01/2024 10):26	9:	3690286		25/	/03/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carte	eira	9 - 4	Atendimento d	de RN				
8522200418003540							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome ROBERTO CESAR DE ALMEIDA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do C	Contratado								
78.614.971/0001-19		IRM	IANDAD	E DA SANT	A CASA	DE LOND	RINA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante					15 - Conse	lho Profissior	nal	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
DANILO CANESIN DA	L MOLIN					06			24619		41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	idos da Int	ternação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	20 - Nom	e do Hospit	tal / Local Solici	tado					11		oara Internação
78.614.971/0001-19		IRMAN	DADE D	A SANTA C	ASA DE I	LONDRIN	A			22/01	/2024 00:0	00
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regin	me de Internação	25 - C	tde. Diárias S	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de C	PME 27	- Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		2			S			N
28 - Indicação Clínica RUPTURA ombro esq TE	NDÃO CUDDA	A CODINII IA	V FOTDE			ALAI						
29 - CID 10 Principal (opcion	nal) 30 - CID	10(2) (opc	ional) 3	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 1	0(4) (opciona	al) :	33 - Indicação de	Acidente		doença relacionada)
D "											9	
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			Dogorioão								37 - Qtde. Sol	io 20 Otdo Aut
1- 22 30735033	do Procedimento		- Descrição CROMIOP		ROCEDIM	ENTO VID	EOARTRO	SCOF	PICO DE OMB		57 - Qide. 501 1	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30735068									IDEOARTROS		1	1
3- 22 30735084		RE	SSECCA	O LATERAL	DA CLA	VICULA - I	PROCEDIA	/ENT	O VIDEOARTE	ROSC 1	1	1
4- _	_ _ _ _	_l								I		_
5-	_ _ _ _	_l								I		
6- _	_ _ _ _	-!										
7-		-										
8- _ _ _ _ _ _ _ _ _	- 	-									 	
10-	- 	-									 	
11-		-i								:	 	
12-											 	 _
12-1 1												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Otde	Diárias Au	torizadas	41 - Tipo de	e Acomodacá	io autorizada	7				
, p			2	11	1	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,						
42 - Código na Operadora /	CNPJ autorizad	0 43 -	Nome do F	Hospital / Local	Autorizado							44 - Código CNES
78.614.971/0001-19	u datonzad	- 11		E DA SANT		DE LOND	RINA					2580055
45 - Observação / Justificati	/a											
Telefone Contratado: (43 IS JUGGERKNOTTM - F/ AS COOPERATIVAS ME)3373-1500 / E NVORÁVEL A L	mitido em LIBERAÇ <i>Â</i>	10/01/202 ĂO DE AN	24 /AUTORIZA CORAS MET <i>I</i>	ADO PARC ALICAS / E	IAL CONFC Empresa / T	DRME JUNT itular: UNIM	A MED ED CE	DICA. DESFAVO ENTRO PAULIS	ORAVEL A	AO OPME A RACAO INT	NCORAS FLEXIVE RAFEDERATIVA D
46. Data da Calinitanão	1147 4		de Deeffer'	and Coli-it	1 40 A	inature de D	noficié-i-	Deca		!	la Danasa '	



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93690286

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS 3	- Número da Gui	ia Atribuído	pela Op	eradora		026	90286]			
4 - Data da Autorização	5 - Senh	ıa		6 - Data de '	Validade da		90200]			
10/01/2024 10	0:26	9	369028	86	25/	03/2024					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			8 -	Validade da Cart	eira	9 - Atendimen	to de RN	N			
8522200418003540							1				
50 - Nome Social											
10 - Nome ROBERTO CESAR DE ALMEIDA											
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19		11			A CASA	DE LONDRINA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante					15 - Conselho Profiss	sional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
DANILO CANESIN DA	AL MOLIN					06		24619		41	225270
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora /			,	pital / Local Solid	nitado.				21 Data	sugarida n	ara Internação
78.614.971/0001-19	CINFO	t		DA SANTA C		LONDRINA			11	:024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	nternação	24 - Re	gime de Internação	o 25 - C	ttde. Diárias Solicitadas	26 - F	Previsão de uso de OP	ME 27 - F	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RUPTURA ombro esq TE		\		DEITAMENTO		41.4.1					
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID	10(2) (opc	cional)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A		cidente ou d 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A											
1- 22 30735033 2- 22 30735084 4- _ _ _ _ _ 5- _ _ _ _ _ _ 6- _ _ _ _ _ _ 8- _ _ _ _ _ _ 10- _ _ _ _ _ _ 11- _ _ _ _ _ _ 12- _ _ _ _ _		AC RU	JPTUR <i>A</i>	OPLASTIA - PI A DO MANGUI	ITO ROTA	ENTO VIDEOARTI DOR - PROCEDIM VICULA - PROCED	ENTO	VIDEOARTROS	O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
		<u> </u>	2		1						
42 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	CNPJ autorizad	- 11		Hospital / Local		DE LONDRINA					44 - Código CNES 2580055
45 - Observação / Justificati Telefone Contratado: (43 IS JUGGERKNOTTM - F, AS COOPERATIVAS ME)3373-1500 / E AVORÁVEL A I	mitido em LIBERAÇ <i>Î</i>	10/01/2 ÃO DE A	024 /AUTORIZ/ NCORAS MET	ADO PARC ALICAS / E	IAL CONFORME JU	NTA ME	EDICA. DESFAVOR CENTRO PAULISTA	RAVEL AO A FEDERA	OPME AN	ICORAS FLEXIVE
46 - Data da Solicitação	47 - A	Assinatura	do Profiss	sional Solicitante	48 - Ass	inatura do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Ass	inatura do l	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	l l	Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
		93690286		93690286	10/01/2024 10:26	93690286
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
8522200418003540						
8 - Nome						
ROBERTO CESAR DE	ALMEIDA					
Dados do Profissional Solid	itante					
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	- E-mail	
DANILO CANESIN DAI	_ MOLIN					
Dados da cirurgia						
	IDÃO SUPRAESPINHAL I	ESTREITAMENTO SUBACROMIA	AL ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - FAVO	ORÁVEL A LIBERAÇ	ÇÃO DE ANCORAS METALICAS	
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do l	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 76621995	CAI		61 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM		_ _ _ ,	_ 2 ,
80777280105 2- 00 00241202	TD	DCATER ARTROSCOPICO 8,25	DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ 1	_	
80371250020	IK	·	DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 	_ -	_ 1
3- 00 00116700	CAI		90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1 _ ,
80743230025	OA!		DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>'</u> ''		-1 ' י
4- 00 00596221	GU		URA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			_ 1
80743230002		ARTHROM COMERCIO D	DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. _		
5- _				_	_	_
		_ _ _ _ _			_	_
6-	_ _ _				_	
					_	_
24 - Especificação do Materia						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 TALICAS / Empresa / Titul	373-1500 / Emitido em 10/	01/2024 /AUTORIZADO PARCIAL JLISTA FEDERACAO INTRAFEDE	CONFORME JUNTA MEDICA. DESFAVORAVE ERATIVA DAS COOPERATIVAS MEDICAS	EL AO OPME ANCO	RAS FLEXIVEIS JUGGERKNOT	TM - FAVORÁVEL A LIBERAÇÃO DE ANCORAS ME
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	