

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90438746

(Via HOSPITAL)

	1												
1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Gui	a Atribuído	pela Opera	adora			9043	8746				
4 - Data da Autorização 10/03/202	1	5 - Senha		0438746	6 - Data de Va		enha 05/2023						
Dados do Beneficiário)												
7 - Número da Carteira 151000000239452				8 - Va	alidade da Carteir	a	9 - 4	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social													
10 - Nome OLGA MITSUE FUKUMOTO													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
04.762.301/0001-0	3		но	SPITAL I	DO CORACA	O DE LO	NDRINA	LTDA					
14 - Nome do Profission	nal Solicita	nte	<u>, </u>	15 - Conselho Profissional				onal 1	16 - Número do Conselho 17 -			18 - Código CBO	
DANILO CANESIN	DAL M	OLIN					06			24619		41	225270
Dados do Hospital / L													
,					Nome do Hospital / Local Solicitado SPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA					- 11		sugerida p) 23 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendime	ento 23	- Tipo de In	ternação	rnação 24 - Regime de Internação			25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P			Previsão de uso de OPME 27 -		- Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С			1		2			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			10(2) (opc	opcional) 31 - CID 10(3) (opciona) 32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença rela 9			loença relacionada)
Procedimentos ou Ite	ns Assiste	enciais So	icitados										
	digo do Pro	ocedimento		- Descrição								Qtde. Soli	
1- 22 30717 2- 18 60000					ISTIA ESCAPI ACOMPANHA					ATAMENTO CII	₹ 1 1		1
3- 18 60000										RO PRIVATIVO			2
4-			-I								_ _ _ _ _		
Dados da autorização													
39 - Data provável da A	idmissão h	ospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 2	torizadas 4		Acomodaçã	ăo autorizad	a				
42 - Código na Operado 04.762.301/0001-0		J autorizad	11		lospital / Local Au		NDRINA	LTDA					44 - Código CNES 2758083
45 - Observação / Justi Telefone Contratado NODESE - UMA VEZ INSTRUCOES GER/ NAO O SOMATORIO	: (43)3315 Z QUE CL AIS DO RO	ASSICAN OL DE PR	ENTE NA OCEDIM	AO DEVE N ENTOS MI	MAIS TER TENI EDICOS UNIME	DOES RE	PARAVEIS DO UM AT	S, ALEM DI O CIRURG	ISSO, INT SICO FOR	EGRA O ATO CII R PARTE INTEGR	RURGICO ANTE DI	O PRINCI E OUTRO	IPAL. CONFORME), VALORAR-SE-A

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

2 - Nº Guia no Prestador **90438746**

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 90438746 90438746 10/03/2023 10:37 90438746 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 1510000002394524 8 - Nome **OLGA MITSUE FUKUMOTO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **DANILO CANESIN DAL MOLIN** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica artrose acentuada de ombro direito artrose acentuada de ombro direito AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO TENODESE - UMA VEZ QUE CLASSICAMENTE NAO DEVE MAIS TER TENDOES REPARAVEIS, ALEM DISSO, INTEGRA O ATO CIR URGICO PRINCIPAL. CONFORME INSTRUCOES GERAIS DO ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED. QUANDO UM ATO CIRURGICO FOR PARTE INTEGRANTE DE OUTRO, VALORAR-SE-A NAO O SOMATORIO DO CONJUN TO, MAS APENAS O ATO PRINCIPAL. ALEM DISSO, CONFORME PARECER 12/2017 CFM SOMENTE A COBRANCA DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL E DEVIDA, VISTO QUE O ATO COMPLEMENTAR, APESAR DE EXISTIR COMO UM ATO CIRURGICO INDEPENDENTE. O MESMO JA ESTA CONTEMPLADO NA CIRURGIA PRINCIPAL. **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 74884166 SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 010000589 PLACA 80044680228 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74865641 SISTEMA DE OMBRO COMPREHENSIVE - 113650 - HASTE UMERAL 10M 80044680117 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74884867 SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115313 GLENOSFE 80044680228 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00936391 SISTEMA OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE BANDEJA UMERAL PA 80044680228 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 5- 00 74885103 SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115395 PARAFUSO 80044680228 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 6- 00 72397888 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G 10243070062 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 10/03/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO TENODESE - UMA VEZ QUE CLASSICAMENTE NAO DEVE MAIS TER T ENDOES REPARAVEIS. ALEM DISSO, INTEGRA O ATO CIRURGICO PRINCIPAL, CONFORME INSTRUCOES GERAIS DO ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED QUANDO UM ATO CIRURGICO FOR PARTE INTEGRANTE DE OUTRO, VALORAR-SE-A NAO O SOMATORIO DO CONJUNTO, MAS APENAS O ATO PRINCIPAL. ALEM DISSO, CONFORME PARECER 12/2017 CFM SOMENTE A COBRANCA DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL E DEVIDA, VISTO QUE O ATO COMPLEMENTAR, APESAR DE EXISTIR COMO UM ATO CIRURGICO INDEPENDENTE, O MESMO JA ESTA CONTEMPLADO NA CIRURGIA PRINCIPAL. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	iciada	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		90438746	90438746			10/03/2023 10:37		90438746		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1510000002394524										
8 - Nome										
OLGA MITSUE FUKUM	ОТО									
Dados do Profissional Solicit										
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		1	1 - E-mail				
DANILO CANESIN DAL	MOLIN									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica artrose acentuada de ombro direito artrose acentuada de ombro direito artrose acentuada de ombro direito AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO TENODESE - UMA VEZ QUE CLASSICAMENTE NAO DEVE MAIS TER TENDOES REPARAVEIS, ALEM DISSO, INTEGRA O ATO CIR URGICO PRINCIPAL. CONFORME INSTRUCOES GERAIS DO ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED.QUANDO UM ATO CIRURGICO FOR PARTE INTEGRANTE DE OUTRO, VALORAR-SE-A NAO O SOMATORIO DO CONJUN TO, MAS APENAS O ATO PRINCIPAL. ALEM DISSO, CONFORME PARECER 12/2017 CFM SOMENTE A COBRANCA DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL E DEVIDA, VISTO QUE O ATO COMPLEMENTAR, APESAR DE EXISTIR COMO UM ATO CIRURGICO INDEPENDENTE, O MESMO JA ESTA CONTEMPLADO NA CIRURGIA PRINCIPAL.										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição 22 - Referência do mater	ial aa fab siaaata	1	, ,	le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mater 7- 00 74884506		lai no fadricante ISO COMPREHENSIVE - 1	180557 PARAFUSO I	I 4	o de Funcionamento	I 4				
80044680228	0.0		CIO DE IMPLANTESORTO			- - - - - - - - - -	_1 •			
8- 19 74885006	SIS	TEMA DE OMBRO REVER	SO COMPREHENSIVE - 2	XL-115363 INSERT		 , ,	_ 1	_ _ , _		
80044680228		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTO	PEDICOSLTDA						
9- _				l	_	_	_ _	,		
	_	_ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _	_			
10- _ <u> </u>	-			.	_		_	,		
	- 	IIIIII	-	 			 			
					,		-ı ı—ı—ı—ı _ll			
12- _				<u> </u>	_	_	_	_ _ , _		
	_			_ _ _			_ _			
24 - Especificação do Material										
ENDOES REPARAVEÌS, ÁL OUTRO, VALORAR-SE-A N	EM DISSO, INTEGRA O AO O SOMATORIO DO O	ATO CIRURGICO PRINCIPA CONJUNTO, MAS APENAS (L. CONFORME INSTRUCO O ATO PRINCIPAL. ALEM D	DES GERAIS DO ROL DE F DISSO, CONFORME PARE	PROCEDIMENTOS CER 12/2017 CFM	EDIMENTO TENODESE - UMA V S MEDICOS UNIMED.QUANDO U M SOMENTE A COBRANCA DO P PRINCIPAL. / Empresa / Titular: U	IM ATO CIRURGICO FOI PROCEDIMENTO PRINCI	R PARTE INTEGRANTE DE		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização				