

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91172049

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91172049 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 12/05/2023 15:45 91172049 21/07/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1170000001763448 30/09/2022 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome SIRLEINE PIROLO OTMAN Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 78.614.971/0002-08 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 18 - Código CBO 17 - UF 225270 **FERNANDO TAKAO CINAGAVA** 06 19896 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 78.614.971/0002-08 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI 17/05/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 1 1 s Ν 28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia de ombro direito 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30717027 ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |\_\_|\_| 11-12-\_\_\_ I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 78.614.971/0002-08 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI 2577704 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 12/05/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		91172049		91172049	12/05/2023 15:45	91172049				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1170000001763448										
8 - Nome										
SIRLEINE PIROLO OT	MAN									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone				1	1 - E-mail					
FERNANDO TAKAO C	INAGAVA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica										
01 kit protese reversa do or solicitação de cirurgia de or										
Solicitação de citulgia de oi	nbro direito									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater			de Funcionamento					
1- 00660108		SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z  ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_  1				
81207919001	010									
2- <b>74884239 80044680228</b>	515		RSO COMPREHENSIVE - 115310 GLENO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			_  1				
	ele.									
3- <b>74884573 80044680228</b>	313		RSO COMPREHENSIVE - 115370 BANDI DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			_  1				
	ele.			,,,,						
4- <b>74884140 80044680228</b>	313		RSO COMPREHENSIVE - 180554 PARAI DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			_  4				
	ele.		RSO COMPREHENSIVE - 115395 PARAI							
5- <b>00 74885103 80044680228</b>	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			_  1				
6- 74885006	eie.		RSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INS			_  1     _ ,				
80044680228	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			_				
24 - Especificação do Materia	1	7.1111110111101111111111	5.0 52 2,111 20011 01 25.0002 15	* I—I—I—I—I						
24 - Especificação do Materia	I									
05 Observação / Instituentina										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Em		esa / Titular: UNIMED NOR	TE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABAL	.HO MEDICO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					
	[]			II.						



Unimed A

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

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Ref		ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		91172049		91172049	12/05/2023 15:45	911720				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1170000001763448										
8 - Nome										
SIRLEINE PIROLO OTMAN										
Dados do Profissional Solicitante  1 - Nome do profissional solicitante  1 10 - Telefone  1 11 - E-mail										
•			10 - Telefone	1	11 - E-mail					
FERNANDO TAKAO CINAGAVA										
Dados da cirurgia										
<ul><li>12 - Justificativa técnica</li><li>01 kit protese reversa do on</li></ul>	nbro - cotar na arthrom									
solicitação de cirurgia de on	nbro direito									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio o de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriza				
7- 00934780			COMPREHENSIVE PLACA BASE ESTER	•		_  1     _ ,				
80044680228		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	·  _ _ _						
8- 00733440	FILT	RO ASPIRADOR VIA AS	PIRATE MEDIUM VM-03-02-01	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_  1				
81841280003		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	·  _ _ _						
9-   _	-		<del> </del>		_					
	_ _ _	_ _ _ _								
10-  _	_ _ _									
11-1										
···		111111				_				
12-		1-1-1-1-1-1-1-1-1								
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa		osa / Titular: LINIMED NOD	TE DIONEIRO COORERATIVA DE TRABALL	IO MEDICO						
Telefone Contratado: / Emitido em 12/05/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização					
	[]			[]						