

#### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90592784

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia A	tribuído pela Opera	dora		9059	2794				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid	lade da Senha		2704				
23/03/2023 12	11	90592784	6 - Data de Valid	22/05/2023						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		11	lidade da Carteira	9	Atendimento	de RN				
0050000002385905		28/09	9/2023		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome MARIA ANAGMAR DO	ORIGO									
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora <b>04.762.301/0001-03</b>		13 - Nome do Co		DE LONDRIN	A LTDA					
14 - Nome do Profissional So				15 - Con:	selho Profissio	nal	16 - Número do Co <b>24619</b>	nselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local		s da Internação							11	
19 - Código na Operadora /		) - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
04.762.301/0001-03	Н	OSPITAL DO	ORACAO DE	LONDRINA L				03/04/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM <b>S</b>	1E   27 -	7 - Previsão de uso de Quimioterápic <b>N</b>	
ARTROPATIA GLENOME	RAL ESQUERDA	ARTROPATIA D	O MANGUITO R	OTADOR E LES.	AO DE ALÇ <i>A</i>	A DO M	ANGUITO			
29 - CID 10 Principal (opcior	30 - CID 10(	(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcion	ial)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	cidente ou c	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Solicit	ados								
1- 22 30717167 2- 22 30717027	do Procedimento	ARTROPLA	STIA ESCAPUI	LO UMERAL C	OM IMPLAN	NTE - T	- TRATAMENTO	CI 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
3- 18 60000805 4-		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH	EIRO PRIVATIVO	0 1 		1
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada										
Joe - Data provavel da Admis	sau nospitalar    40	1 - Qtde Diarias Aut	orizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	yau autufizadi	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 44 - Código CNES 45 - Nome do Hospital / Local Autorizado 47 - Código CNES 48 - Código CNES 49 - Código CNES										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR  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		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia a	tribuído pela Operadora
343269		90592784		90592784	23/03/2023 12:34		90592784
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002385905							
8 - Nome							
MARIA ANAGMAR DO	RIGO						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
DANILO CANESIN DA	L MOLIN						
Dados da cirurgia							
			ADOR E LESAO DE ALÇA DO MANGUITO. DOR E LESAO DE ALÇA DO MANGUITO				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	rial no fabricanta	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autori	zada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat 1- <b>00 74885103</b>		22 - Referência do mate	RSO COMPREHENSIVE - 115395 PARAFUSO	23 - N° Autorização	l I I I I I	_  1	,
80044680228	O.O		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ <u>                                    </u>	<u> </u>	-i ·	III <sup>1</sup> 1II
2- <b>00 72397888</b>	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	_  2		_l 2	_ _ _ ,
10243070062		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			
3- <b>00 74884506</b>	SIS	TEMA DE OMBRO REVER	RSO COMPREHENSIVE - 180557 PARAFUSO	4	,	_  4	,
80044680228		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
4- 00 74885006	SIS		RSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSERT	1	_ _ _ ,	_  1	_ _ , _
80044680228			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
5- <b>74884166</b>	SIS		RSO COMPREHENSIVE - 010000589 PLACA	_  1		_  1	,
80044680228	010		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
6- <b>74865641</b> <b>80044680</b> 117	515		REHENSIVE - 113650 - HASTE UMERAL 10M CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,
24 - Especificação do Materia	al						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43): 			ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR	29. Assignatura d	o Responsável pela Autorização		
zo - data da Solicitação	27 - Assinatura do Pri	Unssional Suicitante		Zo - Assinatura di	o Nesponsavei pela Autorização		1



#### 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed &

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	00500704	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		90592784	90592784	23/03/2023 12:34		90592784
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome Socia					
0050000002385905	29 - Nome Socia	AI				
8 - Nome  MARIA ANAGMAR DO	RICO					
Dados do Profissional Solici 9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
DANILO CANESIN DAI		TO TOLETONE	'	r - L maii		
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
		GUITO ROTADOR E LESAO DE ALÇA DO MANGUITO				
ARTROPATIA GLENOMER	RAL ESQUERDA ARTROPATIA DO MANG	SUITO ROTADOR E LESAO DE ALÇA DO MANGUITO	)			
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		ència do material no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
7- <b>74884867</b>		BRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115313 GLEI			_  1	_ _ ,
80044680228		M COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLI	·		_1 .	1111'111
8- 00936391		REVERSO COMPREHENSIVE BANDEJA UMER			_  1	,
80044680228	ARTHRO	M COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLI	ГDA  _ _ _			
9-	_ _ _		_   _	_   _ _ ,	_	_ ,
			_	_ _ _ _	_ _	
10-	_ _ _		_   _	_	_ _	_ ,
		<u> </u>	_	_ _ _ _	_	
<sup>11</sup> -				_	_	_ _ ,
			-		_	,
				_	_l	-  -  -
24 - Especificação do Materia						
24 Especificação de Materia						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	315-2000 / Emitido em 23/03/2023 / Empre	esa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO	) IAPAR			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitar	nte	28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		