

89962226

(Via HOSPITAL)



46 - Data da Solicitação

_|/|__|_|/|__|

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89962226 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 26/01/2023 10:34 89962226 27/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000035637989 05/03/2025 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 700505945652652 **NELY SANAE NAKAMURA** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 08.214.460/0001-24 **HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **FERNANDO TAKAO CINAGAVA** 06 19896 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 08.214.460/0001-24 **HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA** 20/02/2023 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação S 1 1 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia de ombro direito 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- **22** 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 4- 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 _|__|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 5301424 08.214.460/0001-24 **HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA** 45 - Observação Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 26/01/2023 / Empresa / Titular: PROLIND ALUMINIO LTDA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89962226



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	3	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora
343269		89962226		89962226	26/01/2023 10:34	89962226
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000035637989		NELY SANAE NAKAM	IIRΔ			
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita			1 11	- E-mail		
FERNANDO TAKAO CINAGAVA			10 - Telefone		L man	
	INAGAVA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica 3 ancoras juggerknot // 2 laminas de shaver // 1 radiofrequencia bipolar // 1 guia flexivel para sutura do manguito rotador - cotar na Arthrom						
solicitação de cirurgia de		requeriola bipolar // T gala in	oxiver para satara de mangano retador detar r	ia / ((((() () () () () () () (
SUICILIANÇAZO de CITUIÇIO DE CITUIÇIO						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - C	tde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi		,	22 - Referência do m			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	1	,	_ _ 1 _
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		L	
2- 00 00608459	PO		IS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X19	BMM IIIAD 1		
80082910131	10		·			_ '
	011		CIO DE IMPLANTESORT		- 	
3- 00 00596221	GU		OR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/E	S I 226M 1	,	_ _ 1
80743230002		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I_	_ _ _ _
4- 00 78890578	AN	NCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN _ 3 _ _ , _ 3 _ _ , _				
80083650087 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
5-				1111		
	 	1				
	_ 		IIII			
6- _						:
	_					
24 - Especificação do material						
1						
-						
25 - Observações / Justificativa Telefono Contratedo: / Emitido Per: 08251072064 em 26/04/2022 / Empreso / Titulor: PROUND ALLIMINIO LTDA						
Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 26/01/2023 / Empresa / Titular: PROLIND ALUMINIO LTDA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do F	Responsável pela Autorização	
	_					