



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89665880

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89665880</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>22/12/2022 11:28</b>	5 - Senha <b>89665880</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>20/02/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000014397601</b>	8 - Validade da Carteira <b>05/09/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

10 - Nome <b>MARIA DE FATIMA ADERALDO AMICHI</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde <b>708409214038062</b>
---	---

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>08.214.460/0001-24</b>	13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>FERNANDO TAKAO CINAGAVA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>19896</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
---	---	---	----------------------	----------------------------------

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>08.214.460/0001-24</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação
--	--	------------------------------------

22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>ARTROPATIA DEGENERATIVA</b>
--

29-CID10 Principal (opcional) <b>M751</b>	30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>
--	------------------------	------------------------	------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30735033</b>	<b>ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735092</b>	<b>TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>08.214.460/0001-24</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>5301424</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação Telefone Contratado: / Emitido Por: ELIZANDRA.PERECIM em 22/12/2022 / Empresa / Titular: VALDIR AMICHI
---

46 - Data da Solicitação <input type="text"/>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--	---



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

2 - Nº

89665880

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89665880</b>	4 - Senha <b>89665880</b>	5 - Data da Autorização <b>22/12/2022 11:28</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89665880</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000014397601</b>	8 - Nome <b>MARIA DE FATIMA ADERALDO AMICHI</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>FERNANDO TAKAO CINAGAVA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica EM ANEXO ARTROPATIA DEGENERATIVA
---

## OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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	
1- 00	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN		1			
80083650087		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1			
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M		1			
80743230002		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	72686871	PONTEIRA DESCARTAVEL RAZEK - 881120000 - PONTEIRA DESCARTAV		1			
80356130058		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5-							
6-							

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido Por: ELIZANDRA.PERECIM em 22/12/2022 / Empresa / Titular: VALDIR AMICHI
--

26 - Data da Solicitação  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---