

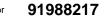
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91988217

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia	Atribuído pala Opa	radora						
343269	Attributdo pela Opei	radora	91988	217				
4 - Data da Autorização 5 - Senha	04000047	6 - Data de Validade da	1					
26/07/2023 10:09 Dados do Beneficiário	91988217	24	/09/2023					
7 - Número da Carteira	8 - V	/alidade da Carteira	9 - Atendimento d	le RN				
0050000002417416	11/1	10/2023	N					
50 - Nome Social								
10 - Nome								
ROSIVALDO PELLEGRINI								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora	13 - Nome do							
08.214.460/0001-24	HOSPITAL	OTOCENTRO DE LO						
14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA			15 - Conselho Profission 06	al 16 - Número do Co 19896	onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad	os da Internação			'				
1	·	ital / Local Solicitado			21 - Data sugerida para Internação			
		OCENTRO DE LONDI			01/08/2023 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte	ernação 24 - Regi	ime de Internação 25 - 0	Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPN S	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N			
28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia do ombro esquerdo		<u> </u>						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opciona	33 - Indicação de A	cidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solie	IL citados							
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	RUPTURA RESSECCA PCT ARTR DIARIA DE ALUGUEL	PLASTIA - PROCEDIM DO MANGUITO ROTA AO LATERAL DA CLA OSCOPIA DE OMBRO E QUARTO COLETIVO TAXA DE APARELHO	DOR - PROCEDIMEN VICULA - PROCEDIM O - ENFERMARIA DE 2 LEITOS COM B / EQUIPAMENTO PAI	ITO VIDEOARTROSC IENTO VIDEOARTRO BANHEIRO PRIVATIV RA ARTROSCOPIA P	OP 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
35 - Data provavel da Admissão nospitalar	40 - Qtde Diarias Ai 2	utorizadas 41 - Tipo de	- Acomodação autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do	Hospital / Local Autorizado			44 - Código CNES			
08.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 5- Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: / Emitido em 26/07/2023 / Empresa / Titular: ROSIVALDO PELLEGRINI 46 - Data da Solicitação 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 Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío					
343269		91988217		91988217	26/07/2023 10:09		91988217				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social											
0050000002417416											
8 - Nome											
ROSIVALDO PELLEGRINI											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
FERNANDO TAKAO CINAGAVA											
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica	0570/01 : 1 1	/4 " / 70									
3 ancoras juggerknot 78890 solicitação de cirurgia do or		/ 1 radiofrequencia bipolar 78	632951 / 1 guia flexivel para sutura do manguito rota	ador. Cotar para arthro	om						
oononayao ao onangia ao o											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa		ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado					
1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME			2		_ 2	,					
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>		-1 -	1-1-1-1-1/1-1-1					
2- 71876561	AN	CORA COM SUTURA E AF	PLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -	_ 3		_ 3	,				
80083650063		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _		-•					
3- 00608459	PO	NTEIRA DE RF 90GRAUS	ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	_ 1	_ _ ,	_ 1	_,				
80082910131		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 00712639	GA	NCHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 742010000	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	,				
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _						
5-					_	_ _	,				
					_ _ _ _ _	_					
6- _					_! !-!-!-!-!!!-!-	-	,				
			<u> </u>			_					
24 - Especificação do Materia	ıl										
25 - Observação / Justificativa		vresa / Titular: ROSIVΔI DO P	FLLEGRINI								
Telefone Contratado: / Emitido em 26/07/2023 / Empresa / Titular: ROSIVALDO PELLEGRINI											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização						
				H							