



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90221982

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90221982</b>			
4 - Data da Autorização <b>17/02/2023 10:06</b>		5 - Senha <b>90221982</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>18/04/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000000601139</b>		8 - Validade da Carteira <b>23/09/2024</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>IRANI MUNHOZ FERRAZ</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>700808417505986</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 <b>06/03/2023 00:00</b>
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 <b>N</b>
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) <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 1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>			<b>1 1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735084</b>	<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>			<b>1 1</b>
4- <b>98</b>	<b>08011940</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA</b>			<b>1 1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>			<b>1 1</b>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
7- <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"/>
9- <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"/>
11- <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"/>
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: 08251072964 em 17/02/2023 / Empresa / Titular: SAULO DA SILVA FERRAZ					
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 - N°

**90221982**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90221982</b>	4 - Senha <b>90221982</b>	5 - Data da Autorização <b>17/02/2023 10:06</b>	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora <b>90221982</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000000601139</b>	8 - Nome <b>IRANI MUNHOZ FERRAZ</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
3 ANCORAS JUGGERKNOT // 2 LAMINAS DE SHAVER // 1 RADIOFREQUENCIA // 1 GUIA FLEXIVEL PARA SUTURA DO MANGUITO ROTADOR - COTAR NA ARTHROM
solicitaÃ§Ã£o de cirurgia de ombro direito

## 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	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		2		2	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	72686871	PONTEIRA DESCARTAVEL RAZEK - 881120000 - PONTEIRA DESCARTAV		1		1	
80356130058		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M		1		1	
80743230002		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	71502653	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912060 JUGGERKNOTTM 2.9M		3		3	
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5- 00							
6- 00							

24 - Especificação do material

#### 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 17/02/2023 / Empresa / Titular: SAULO DA SILVA FERRAZ

<p>26 - Data da Solicitação</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>			<p>27 - Assinatura do Profissional Solicitante</p>	<p>28 - Assinatura do Responsável pela Autorização</p>
--	--	--	--	--