

89951490

(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 89951490 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 25/01/2023 14:31 89951490 26/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000041792249 01/11/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 705004823714550 **REINER DA SILVA PRADO** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI** 06 24650 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 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA** 08/02/2023 00:00 24 - Regime de internação 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação 2 S Ν 1 1 1 28 - Indicação Clínica dor no quadril direito exame demostra lesao labral 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 30738040 TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID 1 2- 22 30738059 CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTRO 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- 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 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA** 2758083 Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89951490



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		89951490		89951490	25/01/2023 14:31	89951490
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000041792249 REINER DA SILVA PRADO						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail						
MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
dor no quadril direito exame demostra lesao labral						
dor no quadril direito exame demostra lesao labral						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Oncão 17 - (Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi		Dodonijao	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	<u> </u>	1 1 1 1.	2
80777280006			CIO DE IMPLANTESORT	 	 	
2- 00 00116700	CA		RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	 		
	CA			'		'
80743230025	0.41		CIO DE IMPLANTESORT			
3- 74683101	CA		OPIA SETORMED - 009 11 70 85 CANULA COM	2		_ _ 2 ,
80777280003			CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		Į.	
4- 00 00241202	TRO	OCATER ARTROSCOPI	CO 8,25X90MM PARTRO009	1	,	_ _ 1 _ _ , _
80371250020		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		Į.	
5- 00 00612103	EQ	UIPO BOM INFUSAO AI	RTROBOMBA AEQU02	1	,	1 _
81130100006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT	الللل	l	
6-			,,,			
	!!!!!!!! 			- 1 <u></u> 1		
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
/ /	_					