

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90130309

(Via HOSPITAL)

					_						
1 - Registro ANS 3 - Número da G 343269	uia Atribuído p	oela Operadora		9013030	9						
4 - Data da Autorização 5 - Ser 09/02/2023 16:20		6 - Data de \	Validade da Senha 28/04/20	3							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Cart	eira	9 - Atendimento de I	RN						
0370000002987794				N							
50 - Nome Social											
10 - Nome											
PAULO ROBERTO MIRANDA JO	KGE										
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora	12 N	Nome do Contratado									
08.214.460/0001-24	- 11	SPITAL OTOCENTE	O DE LONDRII	A LTDA							
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - C	nselho Profissional	16 - Número do Co	onselho 7 - UF 78 - Código CBO					
FERNANDO TAKAO CINAGAVA			06		19896	41 225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / D	ados da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / CNPJ	11	do Hospital / Local Solic				21 - Data sugerida para Internação					
08.214.460/0001-24	HOSPITA	AL OTOCENTRO D	DE LONDRINA I	TDA		15/03/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de	· 11	24 - Regime de Internação 1	11	ias Solicitadas 26	- Previsão de uso de OP N	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N					
28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia de ombro esque						·					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		onal) 31 - CID 10(3)	(opcional) 32 - 0	ID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens Assistenciais S	olicitados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimei 1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 98 08011940 5- 18 60024151 6-	ACR RUP RES PCT	Descrição ROMIOPLASTIA - PI PTURA DO MANGUI SSECCAO LATERAI I ARTROSCOPIA DI JGUELTAXA DE AP	ITO ROTADOR - L DA CLAVICUL E OMBRO - ENF ARELHO / EQU	PROCEDIMENTO A - PROCEDIMEI ERMARIA PAMENTO PARA	O VIDEOARTROSO NTO VIDEOARTRO A ARTROSCOPIA F	COP 1 1 DSC 1 1 1 1					
9-	_ _ _										
Dados da autorização				_							
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomo	dação autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.214.460/0001-24 43 - Nome do Hospital / Loc HOSPITAL OTOCENT				A LTDA		44 - Código CNES 5301424					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 09/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO ME DICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 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

	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		90130309			90130309	09/02/2023 16:20		90130309
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0370000002987794	37000002987794							
8 - Nome								
PAULO ROBERTO MIR	ANDA JORGE							
Dados do Profissional Solici	ante							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11	- E-mail		
FERNANDO TAKAO CI	NAGAVA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica 3 ancoras juggerknot // 2 lan solicitação de cirurgia de om AUTORIZADO CONFORME	bro esquerdo	frequencia bipolar // 1 guia fle	xivel para sutura do manguito rot	ador - cotar na arthrom				
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater			•	de Funcionamento		
1- 00 00162477 80356130052	CA		O AMC F 2,9X5,5MM 8917100 IO DE IMPLANTESORTOPED		2	_ ,	_ 2	,
2- 00 71876561	ΛN		PLICADOR DESCARTAVEL - 0		_lll_ 3		3	
80083650063	AN		IO DE IMPLANTESORTOPED	I—I	1111	_ - - - - - - - - - - - - - - - - -	_1 3	,
3- 101068301 CANULA DISSECTORA BIPOLAR RF - ELBAR							1	
80743230075	5		IO DE IMPLANTESORTOPED	•	1111		-ı ·	11117111
4- 00 00596221	GU	IA FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX	K EP/ES I 226M	 1		_ 1	_ _ , _
80743230002		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPED	ICOSLTDA _ _	_			
5- _						_	_	_ _ , _
	_		_ _ _		_	_	_	
6- _				_	_	_	_	,
					_		_	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emi	tido em 09/02/2023 /AUT0	ORIZADO CONFORME UNIN	IED DE ORIGEM / Empresa / Titu	ular: UNIMED RIO COOPER	RATIVA DE TI	RABALHO MEDICO DO RIO DE	JANEIRO LTDA	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 -	Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	H							