



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90179325

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90179325			
4 - Data da Autorização 14/02/2023 14:48		5 - Senha 90179325		6 - Data de Validade da Senha 15/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000004262096		8 - Validade da Carteira 15/04/2025		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome JOSE RICARDO CORAIOLA NETO				11 - Cartão Nacional de Saúde 704803003297848	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24		13 - Nome do Contratado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 19896
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 08.214.460/0001-24		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 27/02/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
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) 9					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO			1 1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP			1 1
3- 22	30731089	TENODESE			1 1
4- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC			1 1
5- 98	08011958	PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO -APT			1 1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
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 1		41 - Tipo de acomodação autorizada 12	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.214.460/0001-24		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA			44 - Código CNES 5301424
45 - Observação Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 14/02/2023 / Empresa / Titular: ADRIANE CONOR CORAIOLA					
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

90179325

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90179325	4 - Senha 90179325	5 - Data da Autorização 14/02/2023 14:48	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90179325
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000004262096	8 - Nome JOSE RICARDO CORAIOLA NETO
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
4 ancoras juggerknot // 2 laminas shaver // 1 radiofrecuenciabipolar // 1 guia flexivel para sutura do manguito rt - 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	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
80083650087	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
80777280006	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 72686871	PONTEIRA DESCARTAVEL RAZEK - 881120000 - PONTEIRA DESCARTAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80356130058	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80743230002	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 14/02/2023 / Empresa / Titular: ADRIANE CONOR CORAIOLA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização