

89588141

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89588141 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 14/12/2022 14:02 89588141 17/02/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1067406110596008 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **JOSE TAVARES DA SILVA** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 08.214.460/0001-24 **HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 18 - Código CBO 17 - UF **FERNANDO TAKAO CINAGAVA** 06 19896 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 08.214.460/0001-24 **HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA** 05/01/2023 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia de ombro esquerdo 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 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 4- 98 08011958 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO -APT 5- **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 12 _|__|/|__| 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** 5301424 45 - Observação Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 14/12/2022 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED PORT O VELHO SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89588141

Londrina

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS 3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269	8958814		89588141	14/12/2022 14:02	89588141
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 8 - Nome					
1067406110596008 JOSE TAVARES DA SILVA					
Dados do Profissional Solicitante					
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail					
FERNANDO TAKAO CI	NAGAVA				
Dados da cirurgia					
12 - Justificativa técnica 3 ancoras juggerknot // 2 laminas de shaver // 1 radiofrequencia bipolar // 1 guia flexivél para sutura de manguito rotador - cotar para arthrom solicitação de cirurgia de ombro esquerdo CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO					
OPME Solicitadas					
13 - Tabela 14 - Código do Ite	m 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - (Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materia		22 - Referência do material no fabr			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 78890578		APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN			3
				-	
80083650087		RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	_ _ _	I-	_ _ _ _
2- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER	SETORMED - 001030306	2	,	_ _ 2 _ _ , _
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORIT					
3- 101068301 CANULA DISSECTORA BIPOLAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0 1 1 1 1					
80743230075 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00 00596221		OR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			
80743230002		RCIO DE IMPLANTESORT	·		
5	ARTHROWICOWIE	RCIO DE IMPLANTESONI			
5- _	_ _ _			_ _ _	
│-│-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎-╎					
6-					
24 - Especificação do material					
25 - Observações / Justificativa					
Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 14/12/2022 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED PORT O VELHO SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	П	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
 	∟			•	