



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

64118880

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 64118880			
4 - Data da Autorização 12/05/2020 14:58		5 - Senha 64118880		6 - Data de Validade da Senha 11/07/2020	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000004250667		8 - Validade da Carteira 06/04/2021		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome RICARDO DE CASTRO LAZARO				11 - Cartão Nacional de Saúde 700004415173009	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32		13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 26535
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 01/06/2020 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 M751 Ruptura do manguito Rotador					
29-CID10 Principal (opcional) M751		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	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC			1 1
4- 22	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART			1 1
5- 98	60024151	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/ EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA			1 1
6- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES			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 08.271.755/0001-32		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			44 - Código CNES 6074502
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido Por: 00629930970 em 12/05/2020 / Empresa / Titular: RICARDO DE CASTRO LAZARO					
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

64118880

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 64118880	4 - Senha 64118880	5 - Data da Autorização 12/05/2020 14:58	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 64118880
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000004250667	8 - Nome RICARDO DE CASTRO LAZARO
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

Paciente apresentando lesões em ombro direito, demonstradas em exame fã-sico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico
M751 Ruptura do manguito Rotador

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	71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A		3		3	
80083650063		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00116700	PONTEIRA DE ABLACAO RADIOFREQUENCIA CAP ST 90 200		1		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA ESTERIL EXXOFLEX ESII		3		3	
80743230002		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5-	74683101	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 11 70 85 CANULA COM		2		2	
80777280003		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido Por: 00629930970 em 12/05/2020 / Empresa / Titular: RICARDO DE CASTRO LAZARO

26 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---