

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91396754

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						9139	6754				
4 - Data da Autorização	11	5 - Senha	04000754	6 - Data de Valid]					
31/05/2023	17:37		91396754		30/07/202	<u>- </u>					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000048090193		N	, 40								
0050000048090193											
10 - Nome											
PATRICIA ELEN ON											
Dados do Contratado S 12 - Código na Operadora		1	13 - Nome do C	Contratado							
08.214.460/0001-24			1	OTOCENTRO	DE LONDRIN	LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitant	te			15 - Co	selho Profission	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
FERNANDO TAKAC	CINAC	AVA			06	19896				41	225270
Dados do Hospital / Loc			•								
19 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24	/ CNPJ	- 11		tal / Local Solicitad		DΔ			1	a sugerida p 2 023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 -	Tipo de Interna		ne de Internação	25 - Qtde. Diária		26 - Pre	evisão de uso de OP			uso de Quimioterápico
1		C	yuo 24 Rogin	1	0	o cononadao	20 110	S		TOVIDAD GO	N
28 - Indicação Clínica					1						
solicitação de cirurgia d	e ombro	esquerdo									
29 - CID 10 Principal (opc	ional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CI	0 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens			dos								
34 - Tabela 35 - Códig		cedimento	36 - Descrição		CEDIMENTO V	IDEOARTR	0000	NCO DE OMBD		- Qtde. Soli	
1- 22 3073503 2- 22 3073506								PICO DE OMBR IDEOARTROSO			1 1
3- 22 3073508	34							O VIDEOARTRO			1
4- 18 6002415	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA F	PAR 1		1
5-	_	_ _ _								_	
6- _		ll							- -	-111 _	 _
8-									i_	_iii	
9- _	-	_ _ _							<u> </u> -	_	
10- _ 11-	_								 	_lll l l	
12-		 							- -	-!!! -	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adn	nissão ho	spitalar 40	- Qtde Diárias Au	11	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
42 - Código na Operadara	/ CND I	autorizado	0	dospital / Local Autr	orizado					 11	44 - Código CNES
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 / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 31/05/2023 / Empresa / Titular: OMODEI E OMODEI LTDA											
,			, 222.7								
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respo	nsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização







GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solic	itação de Internação		4 - Data da Autori	zação						
343269				12/06	/2023 09:31						
5 - Senha 6 - Número da Guia Atribuido pela Operadora											
		91499705						91499705			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		31 - Nome Social									
0050000048090193	3										
8 - Nome											
PATRICIA ELEN OMODEI DE SOUZA											
Dados do Contratado Solicitante											
9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado 08.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE				NA LTDA							
		HOSPITAL OTOCENTAC			1 40 N/		LAA UE I	45 0/ 5 000			
11 - Nome do Profission FERNANDO TAKA			06	elho Profissional	13 - Número d 19896	o Conseino	14 - UF 41	15 - Código CBO 225270			
	OCINAGAVA				19090		41	223270			
Dados da Internação 16 - Qtde. diárias Adicion	nois Coligitados 17 Tino	da Acomodação Solicitada	7								
10 - Qide. diarias Adicio	lais Solicitadas	1									
18 - Indicação Clínica		•									
solicito liberação de pa	acote										
	s Assistenciais Adicionais S					00	044- 0-1	- 02 Otds Aut			
19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119		- Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME	BRO - ENFER	MARIA		1	- Qtde. Soli	c. 23 - Qtde. Aut 1			
2-											
3-							-,, - _				
4- _	_ _ _ _					_	_				
5- _	_ _ _ _					_	_				
6- _	_ _ _					_	_				
7-	_ _ _ _					<u> </u> _	-				
8-							<u>- </u>				
Dados da autorização	naia Austriando II de 🖚	o da Acomodação Autorizada									
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizadas 25 - 11pc	o da Acomodação Autorizada									
26 - Justificativa da oper	adora										
27 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: / Emitido em 12/06/2023 / Empresa / Titular: OMODEI E OMODEI LTDA											
28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura	do Profissional Solicitante 30	- Assinatura do F	esponsável pela Au	ıtorização						



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 91396754 91396754 31/05/2023 17:37 91396754 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000048090193 8 - Nome PATRICIA ELEN OMODEI DE SOUZA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **FERNANDO TAKAO CINAGAVA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica 03 ancoras juggerknot 78890578 /02 laminas de shaver /01 radiofreguencia bipolar 78632951 /01 quia flexivel para sutura do Mr- cotar na arthrom solicitação de cirurgia de ombro esquerdo **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 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 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A 78890578 80083650087 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00622494 **GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000** 80356130057 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00608459 PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA 80082910131 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 31/05/2023 / Empresa / Titular: OMODEI E OMODEI LTDA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização