

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94074415

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 94074415 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 15/02/2024 12:07 94074415 15/04/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000031544803 15/12/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome MARLENE NEVES NUNES Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS** 26535 06 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 04/03/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica M751 Ruptura do manguito Rotador 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- **22** 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 4- 22 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 5- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 8- |\_\_|\_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 6074502 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 15/02/2024 / Empresa / Titular: DE SANGOSSE AGROQUIMICA LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Refe		ciada <b>94074415</b>	4 - Senha 94074415		5 - Data da Autorização 15/02/2024 12:07	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94074415
		94074415		94074	15/02/2024 12.07	940/4413
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social						
0050000031544803						
8 - Nome						
MARLENE NEVES NUNES						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		11 - E-mail	
RODRIGO SERIKAWA D	DE MEDEIROS					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõe M751 Ruptura do manguito F		nstradas em exame físico e	de imagem. Necessita de tratamento	cirurgico		
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	ial no fabricante		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol ação de Funcionamento	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>00 00499293 80356130052</b>	CANULA MICRODEBRIDACAO O				·   _ _ ,  ,	_  2
2- <b>00</b> 71876561			CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC PLICADOR DESCARTAVEL - 011		 	_  3
80083650063		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
			PED 90 GRAUS 200MM CAP ST	I—I	,	_  1  _ _ , _
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA  _ _ _		
4- 00 00241202 80371250020	00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8,		) 8,25X90MM PARTRO009 CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	_  1	<u>  ,   ,   </u>	_  1
			SUTURA ESTERIL EXXOFLEX E	111	 	1 1 1 1 1 1 1
80743230002	00.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	·		
6- 00 76221229	ANG	CORA EM PEEK COM INS	ERSOR - GMREIS - 320-35085-S	A - ANCOR  _  1		_  1
10247700123		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA  _ _ _		
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 15/02/2024 / Empresa / Titular: DE SANGOSSE AGROQUIMICA LTDA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinati	ra do Responsável pela Autorização	