

#### 90230737

(Via HOSPITAL)



\_|/|\_\_|\_|/|\_\_|

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90230737 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 17/02/2023 17:52 90230737 29/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1510000029782525 30/07/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **WALISON TEIXEIRA VIEIRA** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 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 41 225270 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** 27/02/2023 00:00 24 - Regime de internação 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S Ν 1 1 1 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 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 2- 22 30731160 TENORRAFIA UNICA EM OUTRAS REGIOES 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 1 \_|\_|/|\_\_| 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 17/02/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED APUC ARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



#### 90230737

# Unimed 11 Londrina

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

1 - Registro ANS 3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269	9023073	7	90230737	17/02/2023 17:52	90230737
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 8 - Nome					
1510000029782525   WALISON TEIXEIRA VIEIRA					
Dados do Profissional Solicitante					
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail					
FERNANDO TAKAO CINAGAVA					
Dados da cirurgia					
12 - Justificativa técnica 1 toggleloc (endobotom) 2fios de alta resistencia ( cotar na Arthrom) solicitação de cirurgia de ombro direito CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO					
OPME Solicitadas	AF Deseries		16 0005017 (	Otala Caliaitada 40 Valar Haitária Ca	licitodo 40 Otdo Autorinodo 20 Volos Heitário Autorinodo
13 - Tabela 14 - Código do It 21 - Registro ANVISA do materi		22 - Referência do material no fabrio		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 72320915		AO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - 90	I I 1	1 1 1 1 1.1	111 11111
80044680067		ERCIO DE IMPLANTESORT	 _		
2- 75043114	SUTURA CIRURGICA TE	ANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-090		  ,	
80083650067	ARTHROM COM	ERCIO DE IMPLANTESORT		L	
3-				ارا ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ	
4-   _					
5-   _					
			_		
6-				_ _ _ ,	
			_	<u> _ _ _ _ _ </u>	
24 - Especificação do material					
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 17/02/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED APUC ARANA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	117:	8 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	