

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92621881

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 92621881 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 22/09/2023 11:56 92621881 21/11/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000008744605 11/01/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **EDNA KAZUMI MATSUBARA SATO** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **DANILO CANESIN DAL MOLIN** 06 24619 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 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 09/10/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 2 S Ν 28 - Indicação Clínica SLAP RUPTURA SUPRO EDEMA ACROMICO CLAVICULAR 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 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 2- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 3- **22** 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 8- |__|_| 9- |__|_| 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 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 2580055 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 22/09/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE ASSAI 46 - Data da Solicitação 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 Guia no Prestador

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referen | ciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuíd | lo pela Operadora |
|--|----------------------------|--|-----------------------------------|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| 343269 | o mamoro da odia morono. | 92621881 | | 92621881 | 22/09/2023 11:56 | | 92621881 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social | | | | | | | |
| 005000008744605 | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | |
| EDNA KAZUMI MATSU | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | |
| DANILO CANESIN DAL MOLIN | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica SLAP, RUPTURA SUPRO, SLAP RUPTURA SUPRO E | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do mate | | | ial no fabricante | 16 - Opção 17 - Qtd 23 - № Autorização | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento | citado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 1- 00 71502661 | | CORAS FLEXIVEIS JUGG | ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEX | • | _ _ _ , _ | _ 4 | _ _ , _ |
| 80044680086 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | TDA _ _ _ | | | |
| 2- 00 00590045 | | LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 | | | , , | _ 2 | , |
| 80777280006 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL | ΓDA _ _ _ | _ _ _ | | |
| 3- 00 70917540 0 | | NULA PARA ARTROSCO | PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANUI | LA CO 1 | , | _ 1 | , |
| 80777280003 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL | TDA _ _ _ | _ _ _ | | |
| 4- 00 00596221 | GU | A FLEXIVEL PASSADOR | SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES | 6 I 226M 1 | , | _ 1 | _ _ , _ |
| 80743230002 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL | ГDA _ _ _ | _ _ _ | | |
| 5- 00 00116700 | CAI | NETA ABLACAO RF STRI | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 20 | 00 1 | , | _ 1 | _ _ , _ |
| 80743230025 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL | TDA _ _ _ | _ _ _ | | |
| 6- _ | _ | | | _ _ | _ _ _ , _ | _ | , |
| | | | | | | _ _ | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | |
| | | · | ASSOCIACAO COMERCIAL E INDUSTR | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | otissional Solicitante | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | |