

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91072040

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91072040 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 04/05/2023 17:26 91072040 03/07/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000005378896 12/09/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **MARCELO TATSUTA** 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 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 225270 19896 **FERNANDO TAKAO CINAGAVA** 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 08.214.460/0001-24 **HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA** 10/05/2023 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 1 0 S Ν 28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia de ombro esquerdo 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 1 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 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 08.214.460/0001-24 **HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA** 5301424 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: MARCELO TATSUTA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





2 - Nº Guia no Prestador

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação			4 - Data da Autoriz	1							
343269		26/06/2023 09:32										
5 - Senha			11	Guia Atribuido pela (Operadora							
		91647267	7]					91647267				
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		31 - Nome Social										
0050000005378896	5											
8 - Nome												
MARCELO TATSUTA												
Dados do Contratado Solicitante												
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado										
08.214.460/0001-24		HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA										
11 - Nome do Profission			elho Profissional	† 		14 - UF	15 - Código CBO					
FERNANDO TAKA	O CINAGAVA		06		19896		41	225270				
Dados da Internação												
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas 17 -Tip	o da Acomodação Solicitada										
1		1										
18 - Indicação Clínica	agete											
solicito liberação de pa	acote											
İ												
•												
	s Assistenciais Adicionais	Solicitados										
		21 - Descrição	4000 ENEED				- Qtde. Soli					
1- 98 080119)40 F	PCT ARTROSCOPIA DE ON				1		1				
2-							-					
3- 4-					_	-ll -l l						
5-						-	-lll -l -l -l					
6-	- 						-II I I I					
° — — — — — — — — —	- 				 	-11 						
8-						 	-11 					
Dados da autorização							-11	III				
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizadas 25 - Tii	oo da Acomodação Autorizada										
1	1	oo aa moomoaayaa matemzaaa										
26 - Justificativa da operadora												
27 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: / Emitido em 26/06/2023 / Empresa / Titular: MARCELO TATSUTA												
20. Data de Celleite . "	100 A	o de Preficcional Callatanta	O Appliesture d. D	0000006v=1==1= ^	torizooã -							
28 - Data da Solicitação	29 - Assinatur	a do Profissional Solicitante 3	u - Assinatura do R	esponsável pela Au	ıorızaça0							



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269	91072040)	91072040	04/05/2023 17:26	9107	2040					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social										
0050000005378896											
8 - Nome	•										
MARCELO TATSUTA											
Dados do Profissional Solici	ante										
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	- E-mail							
FERNANDO TAKAO CI	NAGAVA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica 03 ancoras juggerknot 7889 solicitação de cirurgia de on		ar 78632951 /01 guia flexivel para sutura do MR - COT	AR NA ARTHROM								
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M					itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Auto	rizado					
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		.					
1- 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SE	TORMED - 001030306 RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2 _ _ , _	_					
2- 72686871		RAZEK - 881120000 - PONTEIRA DESCARTA		_		.					
80356130058		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	-					
3- 00596221		R SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			1	.					
80743230002		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	-					
4- 00 78890578		PLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A			_ 3	.					
80083650087		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 3	_'					
5-	1 1 1 1 1										
				_,		-'					
6-					 _	_ı					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: MARCELO TATSUTA											
	,										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		=					
·				-		1					