

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91524527

(Via HOSPITAL)

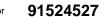
1 - Registro ANS 343269	3 - Númer	ro da Guia Atril	buído pela Opera	dora		915	24527				
4 - Data da Autorização 13/06/2023	- 11	5 - Senha	91524527	6 - Data de Valid	lade da Senh	1					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000053551420 N											
50 - Nome Social N											
10 - Nome SERGIO TADAO FURUIE											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24	1			OTOCENTRO I	DE LOND	RINA LTDA					
14 - Nome do Profissiona					11	- Conselho Profiss	ional	16 - Número do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Loc			da Internação		06			19896		41	225270
19 - Código na Operadora				al / Local Solicitado)				21 - Data	sugerida p	ara Internação
08.214.460/0001-24				CENTRO DE L			1			2023 00:0	
22 - Caráter do Atendiment 1	0 23 - 1	Tipo de Internaç C	ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação 1 25 - Qt		tde. Diárias Solicitadas 1 26 - Pr		revisão de uso de OPME 27 - F		- Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia o	e 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) 9											
Procedimentos ou Itens							,				
1- 22 3073503 2- 22 3073504 4- 18 6000086 5- 18 6002419 6- _ _ 7- _ 8- 9-	68 34 05	edimento	RUPTURA D RESSECCA DIARIA DE ALUGUELTA	OO MANGUITO O LATERAL DA QUARTO COLI	ROTADOI A CLAVICI ETIVO DE ELHO / EG	R - PROCEDIM ULA - PROCED 2 LEITOS COM UIPAMENTO F	ENTO N DIMENT II BANH PARA A	PICO DE OMBR VIDEOARTROSO O VIDEOARTRO IEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA F	O 1 COP 1 OSC 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
10-	_ _ _ _	 							_ _ 	- - -	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adi	nissão hos	spitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41 -	· Tipo de Acc	omodação autoriza	da				
42 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24	a / CNPJ a	autorizado		ospital / Local Auto		RINA LTDA					44 - Código CNES 5301424
MOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 5301424 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 13/06/2023 /**01 radiofrequencia bipolar 78632951- material não padronizado conforme consenso da especialidade autorizado monopo lar******* / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											





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

Dados do Beneficiário	5 - Senha		citação de Internação		4 - Data da Autoria	zaçao				
Dados do Beneficiário 7: Número da Carteria 0050000053551420 8: Nome SERGIO TADAO FURUIE Dados do Contratado Solicitante 9- Código na Operadora 08.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 11: Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA 06 17: Tipo da Acomodação Solicitadas 1 18: Indicação Clínica solicito liberação de pacote					26/06	/2023 09:35				
Dados do Beneficiário		<u> </u>		6 - Número da	Guia Atribuido pela	Operadora				
7 - Número da Carteira 31 - Nome Social 32 - Nome SERGIO TADAO FURUIE 32 - Nome do Contratado 32 - Nome do Contratado 32 - Nome do Perdora 10 - Nome do Contratado 10 - Nome do Profissional Solicitante 10 - Nome do Profissional Solicitante 12 - Conselho Profissional 13 - Número do Conselho 14 - UF 15 - Código CBO 19896 11 - UF 15 - Código CBO 19896 12 - UF 15 - UF	5		91647349						91647349	
8 - Nome SERGIO TADAO FURUIE Dados do Contratado Solicitante 9 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24 11 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA Dados da Internação 16 - Citide. diárias Adicionais Solicitadas 1 17-Tipo da Acomodação Solicitada 1 18 - Indicação Clínica solicito liberação de pacote Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados 19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 10 - Tatrico Sopia De OMBRO - ENFERMARIA 1 1 10 - Nome do Contratado 10 - Nome do Contratado 10 - Nome do Contratado 10 - Código CBO 118896 11 - Topo da Acomodação Solicitados 10 - Virgina Adicionais Solicitados 11 - Virgina Adicionais Solicitados 10 - Virgina Adicionais Solicitados 11 - Virgina Adicionais Solicitados 12 - Citido Conselho (14 - UF) 15 - Código CBO 14 - UF) 15 - Código CBO 15 - Virgina Adicionais Solicitados 10 - Virgina Adicionais Solicitad	Dados do Beneficiario									
8 - Nome SERGIO TADAO FURUIE Dados do Contratado Solicitante 9 - Código na Operadora 9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado 11 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA Dados da Internação 16 - Citide. diárias Adicionais Solicitadas 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	7 - Número da Carteira		31 - Nome Social							
SERGIO TADAO FURUIE	0050000053551420)								
Dados do Contratado Solicitante 9 - Cédigo na Operadora 08.214.460/0001-24 I1 - Nome do Porfissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA Dados da Internação 16 - Citde. diárias Adicionais Solicitadas 1	8 - Nome									
10 - Nome do Contratado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 12 - Conselho Profissional Solicitante 13 - Número do Conselho 14 - UF 15 - Código CBO 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 225270 2252	SERGIO TADAO F	URUIE								
08.214.460/0001-24	Dados do Contratado	Solicitante								
11 - Nome do Profissional Solicitante 12 - Conselho Profissional 13 - Número do Conselho 14 - UF 15 - Código CBO 19896 225270										
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados 19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	08.214.460/0001-24	!	HOSPITAL OTOCENTRO	DE LONDRI	NA LTDA					
Dados da Internação 16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas 1	11 - Nome do Profissiona	al Solicitante		12 - Conse	elho Profissional	13 - Número d	o Conselho	14 - UF	15 - Código CBO	
To - Citide. diárias Adicionais Solicitadas 1	FERNANDO TAKA	O CINAGAVA		06		19896		41	225270	
1	Dados da Internação									
Result Francisca Francis	16 - Qtde. diárias Adicion	nais Solicitadas 17 -Tipe	da Acomodação Solicitada	7						
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados 19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1		1							
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados 19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1	18 - Indicação Clínica			_						
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1	solicito liberação de pa	icote								
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1	+									
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
19 - Tabela 20 - Código do Procedimento 21 - Descrição 22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut 1 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1										
1- 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 2-	Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados									
2-	Procedimentos ou Iten	s Assistenciais Adicionais	Solicitados							
3-	19 - Tabela 20 - Cód	igo do Procedimento 2	1 - Descrição					- Qtde. Soli		
4-	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119	igo do Procedimento 2	1 - Descrição	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
5-	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2-	igo do Procedimento 2	1 - Descrição	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
6-	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2-	igo do Procedimento 2	1 - Descrição	BRO - ENFERI	MARIA			- Qtde. Soli		
7-	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2- _ _ _ _ _ _ _ _ _	igo do Procedimento 2	1 - Descrição	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2-	igo do Procedimento 2	1 - Descrição	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
18-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2-	igo do Procedimento 2	1 - Descrição	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2-	igo do Procedimento 2	1 - Descrição	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2-	igo do Procedimento 2	1 - Descrição	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
	19 - Tabela	1	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2-	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição	BRO - ENFER	WARIA			- Qtde. Soli		
20 - Justinicativa da operadora	19 - Tabela	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME	BRO - ENFER	WARIA			- Qtde. Soli		
	19 - Tabela 20 - Cód 1- 98 080119 2-	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME	BRO - ENFER	WARIA			- Qtde. Soli		
	19 - Tabela	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
27 - Observação / Justificativa	19 - Tabela	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME	BRO - ENFER	MARIA			- Qtde. Soli		
Telefone Contratado: / Emitido em 26/06/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA	19 - Tabela	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME	BRO - ENFER	WARIA			- Qtde. Soli		
	19 - Tabela	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME			RVIDORES M	1 		1	
	19 - Tabela	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME			RVIDORES M	1 		1	
	19 - Tabela	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME			RVIDORES M	1 		1	
28 - Data da Solicitação 29 - Assinatura do Profissional Solicitante 30 - Assinatura do Responsável pela Autorização	19 - Tabela	igo do Procedimento 2 40 F	1 - Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME			ERVIDORES M	1 		1	



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

Unimed A

1 - Registro ANS 3	- Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	ído pela Operadora
343269		91524527		9152452	13/06/2023 16:52		91524527
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000053551420							
8 - Nome							
SERGIO TADAO FURUIE							
Dados do Profissional Solicita	nte						
9 - Nome do profissional solicitar	nte		10 - Telefone		11 - E-mail		
FERNANDO TAKAO CIN	AGAVA						
Dados da cirurgia							
solicitação de cirurgia de omb	ro esquerdo		78632951/01 guia flexivel para sutura o				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materia		Descrição	al no fabricanta		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 78890578		22 - Referência do materi	al no labricante LICADOR DESCARTAVEL - 011402		o de Funcionamento	_ 3	,
80083650087	7		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	•—-•		_1 •	III''III
2- 00162477	CAN	NULA MICRODEBRIDACA	O AMC F 2,9X5,5MM 891710000	_ 2		_ 2	
80356130052		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	 LTDA _ _ _ _		_,	1-1-1-1/1-1-1
3- 00608459	POI	NTEIRA DE RF 90GRAUS	ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X19	98MM IIIA 1	,	_ 1	_ _ , _
80082910131		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	LTDA _ _ _ _			
4- 00622494	GAI	NCHO COMPRESSAO SUT	TURA BIP 74201000	<u> </u>	_ ,	_ 1	,
80356130057		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	LTDA _ _ _ _	_ _ _		
5- _	_ _ _ _				<u> </u>	_ _	,
			_	_ _	!!!!!!!!!	_ _	
6- _ _ _ 		111111			!!	_	,
24 - Especificação do Material							
		adiofrequencia bipolar 78632	951- material não padronizado conform	ne consenso da especialidade au	torizado monopolar********* / Em	presa / Titular: FUNDO DI	E ASSISTENCIA A SAUDE
DOS SERVIDORES MUNICIF 26 - Data da Solicitação	PAIS DE LONDRINA	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização		