



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90332689

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90332689</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>01/03/2023 15:14</b>	5 - Senha <b>90332689</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>30/04/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000004332884</b>	8 - Validade da Carteira <b>27/11/2023</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

10 - Nome <b>NAIR APARECIDA ROSSINI</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde <b>706908197996631</b>
--	---

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>08.214.460/0001-24</b>	13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>FERNANDO TAKAO CINAGAVA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>19896</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
---	---	---	----------------------	----------------------------------

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>08.214.460/0001-24</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>10/03/2023 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

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) <b>9</b>
-------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30735033</b>	<b>ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735084</b>	<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>98</b>	<b>08011940</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar       /       /	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>
--	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>08.214.460/0001-24</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>5301424</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 01/03/2023 / Empresa / Titular: ULISSES ROSSINI
---

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 - N°

**90332689**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90332689</b>	4 - Senha <b>90332689</b>	5 - Data da Autorização <b>01/03/2023 15:14</b>	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora <b>90332689</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000004332884</b>	8 - Nome <b>NAIR APARECIDA ROSSINI</b>
---	---

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>FERNANDO TAKAO CINAGAVA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica 3 ancoras juggerknot //2 lamina de shaver //1 radiofrequencia bipolar //1 guia flexivel para sutura do MR - Cotar na Arthrom solicitaÃ§Ã£o de cirurgia de ombro direito
--

## OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do material		22 - Referência do material no fabricante			23 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 00	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN		3	,	3	,
80083650087		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT			,		,
2- 00	00162477	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000		2	,	2	,
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT			,		,
3- 00	00608459	PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIAD		2	,	2	,
80082910131		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT			,		,
4- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M		1	,	1	,
80743230002		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT			,		,
5-					,		,
					,		,
6-					,		,
					,		,

24 - Especificação do material

#### 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 01/03/2023 / Empresa / Titular: ULISSES ROSSINI

<p>26 - Data da Solicitação</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>			<p>27 - Assinatura do Profissional Solicitante</p>	<p>28 - Assinatura do Responsável pela Autorização</p>
--	--	--	--	--