



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95697285**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95697285</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>04/07/2024 11:31</b>	5 - Senha <b>95697285</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/09/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000031213408</b>	8 - Validade da Carteira <b>31/10/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>MARCOS EDUARDO TOMAZ</b>
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>CARLOS AUGUSTO SA CARNEIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>29716</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>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>13/07/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</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 <b>URGENCIA</b>
---

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) <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>30736056</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO # - P</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30719127</b>	<b>TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30731089</b>	<b>TENODESE</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</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- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>

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>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2550792</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/07/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA
--

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 95697285

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95697285	4 - Senha 95697285	5 - Data da Autorização 04/07/2024 11:31	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95697285
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000031213408	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
MARCOS EDUARDO TOMAZ

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CARLOS AUGUSTO SA CARNEIRO	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR  
URGENCIA

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	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					
1- 00	72320915	DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -		1		1	
80044680067		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2-	78891353	SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX,		1		1	
80083650084		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/07/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---