



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89835676

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89835676			
4 - Data da Autorização 16/01/2023 06:56		5 - Senha 89835676		6 - Data de Validade da Senha 17/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000002173894		8 - Validade da Carteira 29/06/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome EMILIA GERTRUDES STEIGENBERGER BEFFA				11 - Cartão Nacional de Saúde 700706985169773	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			
14 - Nome do Profissional Solicitante TOMAS SEIBEL			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 36495
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			21 - Data sugerida para Internação 30/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES LESAO DE LABRUM COM LIMITACAO DE MOVIMENTO					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22	30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID			1 1
2- 22	30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES			1 1
3- 22	30724112	BIOPSIA CIRURGICA COXO-FEMORAL			1 1
4- 22	30738059	CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTRO			1 1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO			2 2
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 2		41 - Tipo de acomodação autorizada 1	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			44 - Código CNES 2550792
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 04753294900 em 16/01/2023 / 01 CABO DA CHAVE DE INSERCAO LONGO 26CM - incluso na ancora / 01 OPSITE (S TERIL DRAPE) - pago em conta / 01 EQUIPO 10K - esse A@ o equipo de bomba de infusao / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROL ANDIA ASSEMUR					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		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

89835676

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89835676	4 - Senha 89835676	5 - Data da Autorização 16/01/2023 06:56	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89835676
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000002173894	8 - Nome EMILIA GERTRUDES STEIGENBERGER BEFFA
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante TOMAS SEIBEL	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES, LESAO DE LABRUM COM LIMITACAO DE MOVIMENTO.. IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES LESAO DE LABRUM COM LIMITACAO DE MOVIMENTO 01 CABO DA CHAVE DE INSERCAO LONGO 26CM - incluso na ancora / 01 OPSITE (STERIL DRAPE) - pago em conta / 01 EQUIPO 10K - esse Ã© o equipo de bomba de infusao
--

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	00755508	LAMINA SHAVER BROCA REDONDA PARTES OSSEAS 5,5X190MM BR 5,	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
81130100011	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 00	00612103	EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
81130100006	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 00	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
80083650087	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 101068301	CANULA DISSECTORA BIPOLAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80743230075	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- 00	00241202	TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
80371250020	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- 00	71992243	ORTHOSS - ORTHOSS BLOCK BLOCO DE 1 CM X 1 CM X 2 CM	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
80696930008	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 04753294900 em 16/01/2023 /01 CABO DA CHAVE DE INSERCAO LONGO 26CM - incluso na ancora / 01 OPSITE (S TERIL DRAPE) - pago em conta / 01 EQUIPO 10K - esse Ã© o equipo de bomba de infusao / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROL ANDIA ASSEMUR
--

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