

17/05/2024 08:55

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador 000007769344

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 326755	3 - Número da		uído pela Operadora 000007769344						
4 - Data da Autorização	5 - Senh	a		6 - Data de Validade da Senha	\neg				
04/06/20)24		7769344	16/06/20	24				
Dados do Beneficiário									
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento	•				
516106 - Dependente				N N					
50 - Nome Social									
10 - Nome FRANCISCA ISA DE S	OUZA SILV	/A							
Dados do Contratado Solicitant	е	- 1							
12 - Código na Operadora 946		i i	3 - Nome do Contratado						
			ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO						
14 - Nome do Profissional Solid ALEXANDRE RIBEIR		'Δ	15 - Conselho Profissional 06			11		18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local Solid					20201		PR	223270	
19 - Código na Operadora / CN		. —	e do Hospital / Local Solicitado			21 - Data su	igerida pat	a Internação	
78.613.841/0001-61		ASSOC	CIACAO EVANGELICA	BENEFICENTE DE LONI	DRINA	12/06/20	024 14:00		
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de la	nternação	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OP	ME 27 - Pre	evisão de u	so de Quimioterápico	
1	I		1	1	S			N	
29-CID10 Principal (opcional) M232	30-CID1	0(2) (opcion	aal) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional) 33	- Indicação de Acidente (acide	ente ou doença	a relaciona	da)	
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitad	os							
34 - Tabela 35 - Código do	o Procedimento	36	- Descrição			3	7 - Qtde. S	solic. 38 - Qtde. Aut.	
	assistencial		STEOCONDOON AST	IA - FOTABILIZAÇÃO B	FCCFCCA O F/OU DI	ACTIA	4	4	
1- 22 30733049 2- 22 30733065			EPARO OU SUTURA D	IA ¿ ESTABILIZACAO, R DE LIM MENISCO	ESSECCAO E/OU PL	ASTIA	1 1	1 2	
3- 18 60000805				PLETIVO DE 2 LEITOS C	OM BANHEIRO PRIV	ATIVA	1	1	
4- 18 60024151				ARELHO/EQUIPAMENTO			1	1	
5- _ _ _									
6- _	_	<u> </u>							
7- _		-							
8-	 	- 						 	
10-	 	 -							
11- _									
12-									
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissã 12/06/2024 14:00	o nospitalar	40 - Qide	Diarias Autorizadas 41 - Tipo	o da acomodação autorizada					
42 - Código na Operadora / Ch	NPJ autorizado	11	Nome do Hospital / Local Autori		and Drive			44 - Código CNES	
	78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792						2000/92		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MA.CLINICA em 17/05/2024 /PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. / Empresa / Titular: VAGNER AUGUSTO DE SOUZA SILVA 29208023818									
46 - Data da Solicitação	11.47. 4		Profissional Solicitante	18 - Assinatura do Beneficiário	ou Poppopoéral 140	Nacional una de la	2	-11- A-4:	





33850 - Esta ponteira foi liberada em caso exepcional

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora	
326755	000007769344			7769344		000007769344	
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira		29 - Nome Social					
516106 - Dependente							
8 - Nome							
FRANCISCA ISA DE SOUZA SILVA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	1 - E-mail Ir.provenza@gmail.com;institutodojoelho765@gmail.com		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA		(43) 3361-38	07	titutodojoelno/65@gmail.com		
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Material(is) solicitado(s) tec	nicamente compatível(is)						
Autorizado para ARTHROM	I previamente negociado						
Sujeito a avaliação pela au							
OPME(s) não autorizado per Para autorização de fatura			s) de rastreabilidade co	nforme a RDC n° 14, de 5 de abril de 2011.	PLANO REGULAMENTADO	- COM COBERTURA PARA MATERIAIS	
DESCARTAVEIS, MATERI	AIS DE IMPLANTE, ÓRT	ESE E/OU PRÓTESE NACIO	NAL.	4			
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ite	em 15	- Descrição		16 - Opção 17 -	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do materi	al			22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 34870	L	AMINA DE SHAVER		<u> </u> 1	,	_ _ 1 _ ,	
	A	ARTHROM COMERCIO DI	E IMPLANTES ORT			_ _ _ _	
2- 33850	P	ONTEIRA DE RADIOFREQUENCI	A	<u> </u> 1	_ .	_ _ 1 _ ,	
	A	ARTHROM COMERCIO DI	E IMPLANTES ORT			_ _ _	
3- _	_ -			<u> </u>	_ _		
	_	_			_ _ _ _	 _ _ _ 	
4-				<u> </u>	_ _ ;	· _	
	_	_			_ _ _ _	<u> _ _ _ _ _ </u>	
5- _				Ll L	_ _ ;	· _	
	_	_			_ _ _ _	<u> </u>	
6- _					_ _ _ ,		
		_				<u> </u>	
24 - Especificação do material							

25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MA.CLINICA em 17/05/2024 /PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. / Empresa / Titular: VAGNER AUGUSTO DE SOUZA SILVA 29208023818						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
17/05/2024 08:55						