



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89747195

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89747195</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>05/01/2023 16:12</b>	5 - Senha <b>89747195</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>06/03/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000054251241</b>	8 - Validade da Carteira <b>12/05/2023</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

10 - Nome <b>ALAN DO NASCIMENTO</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde <b>703400729774800</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>FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>39832</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>21/01/2023 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 solicita-se cirurgia do joelho 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>30733057</b>	<b>MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30710022</b>	<b>RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O</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- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<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 <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 05/01/2023 /equipo 4 vias: mat comum. em conta hospitalar // chave de grandes fragmentos: instrumental. incluso e m taxa hospitalar. / Empresa / Titular: ESCRITORIO DAMIAO ASSESSORIA EMPRESARIAL LTDA
---

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

89747195

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89747195</b>	4 - Senha <b>89747195</b>	5 - Data da Autorização <b>05/01/2023 16:12</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89747195</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000054251241</b>	8 - Nome <b>ALAN DO NASCIMENTO</b>
---	---------------------------------------

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica 1 LAMINA DE SHAVER // 1 EQUIPO 4 VIAS - COTAR PARA ARTHROM solicita a cirurgia do joelho direito equipo 4 vias: mat comum. em conta hospitalar // chave de grandes fragmentos: instrumental. incluso em taxa hospitalar.
--

## 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	00162477	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000		1		1	
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00110116	CANETA PARA ABLACAO RF CAP SH 90 200		1		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 05/01/2023 /equipo 4 vias: mat comum. em conta hospitalar // chave de grandes fragmentos: instrumental. incluso e m taxa hospitalar. / Empresa / Titular: ESCRITORIO DAMIAO ASSESSORIA EMPRESARIAL LTDA
--

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