



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90130373

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90130373
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 09/02/2023 16:24	5 - Senha 90130373	6 - Data de Validade da Senha 10/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000052540190	8 - Validade da Carteira 15/01/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

10 - Nome ALINE DE SOUZA CALIXTO	11 - Cartão Nacional de Saúde 708204629124541
--	---

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 RAFAEL MAURICIO BELETATO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28806	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 15/02/2023 00:00
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

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	30734029	SINOECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS	1	1
2- 22	30710030	RETIRADA DE PLACAS	2	2
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	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: 84218860963 em 09/02/2023 / Empresa / Titular: S R D IMPORTADORA E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS LTDA

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°

90130373

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90130373	4 - Senha 90130373	5 - Data da Autorização 09/02/2023 16:24	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 90130373
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000052540190	8 - Nome ALINE DE SOUZA CALIXTO
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

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	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1		1	
80777280006			ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 09/02/2023 / Empresa / Titular: S R D IMPORTADORA E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS LTDA

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