



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89872265

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89872265</b>			
4 - Data da Autorização <b>18/01/2023 13:10</b>		5 - Senha <b>89872265</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>19/03/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000009830009</b>		8 - Validade da Carteira <b>16/06/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>KATIA CRISTINA GOBETI BINA</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>705809463702332</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>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>26921</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>20/02/2023 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>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica meniscectomia 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>30733014</b>	<b>SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOEL</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-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
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 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84210907987 em 18/01/2023 / Empresa / Titular: KATIA CRISTINA GOBETI BINA					
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

89872265

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89872265</b>	4 - Senha <b>89872265</b>	5 - Data da Autorização <b>18/01/2023 13:10</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89872265</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000009830009</b>	8 - Nome <b>KATIA CRISTINA GOBETI BINA</b>
---	---

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
paciente com rotura complexa do corno posterior e corpo do menisco medial com flap com condropatia femoropatelar grau III e derrame articular no joelho direito  
menissectomia joelho direito

## 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- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

## 24 - Especificação do material

## 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84210907987 em 18/01/2023 / Empresa / Titular: KATIA CRISTINA GOBETI BINA

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