



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**90185330**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90185330</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>15/02/2023 07:25</b>	5 - Senha <b>90185330</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>16/04/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000055119193</b>	8 - Validade da Carteira <b>24/02/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
10 - Nome <b>JOSE ALEXANDRE RAVAGNANI</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde <b>700005618000002</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>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28806</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>04/03/2023 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  
TENDINOSE DE ALTO GRAU DOR RECORRENTE

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>30731119</b>	<b>TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30731224</b>	<b>TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30729190</b>	<b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO</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-		_____		
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: 06677768937 em 15/02/2023 /01 MICROSERRA - MATERIAL INSTRUMENTAL / Empresa / Titular: CASSIA SILVANA TIZZIANI RAVAGNANI

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°

**90185330**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90185330</b>	4 - Senha <b>90185330</b>	5 - Data da Autorização <b>15/02/2023 07:25</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90185330</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000055119193</b>	8 - Nome <b>JOSE ALEXANDRE RAVAGNANI</b>
---	---

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica	
TENDINOSE DE ALTO GRAU, DOR RECORRENTE	
TENDINOSE DE ALTO GRAU DOR RECORRENTE	
01 MICROSERRA - MATERIAL INSTRUMENTAL	

## 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	00454532	PARAFUSO INTERFERENCIA ARTHROSMART PEEK 07X20MM 04.43.12.0		1		1	
10417940100	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 06677768937 em 15/02/2023 /01 MICROSERRA - MATERIAL INSTRUMENTAL / Empresa / Titular: CASSIA SILVANA TIZZIANI RAVAGNANI

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>