

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92856149

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora							
343269				11		9285	6149				
4 - Data da Autorização 16/10/202		5 - Senha	92856149	6 - Data de Valid	dade da Senha 15/12/202	3					
Dados do Beneficiário)										
7 - Número da Carteira			11	llidade da Carteira		- Atendimento					
005000005974620	6		10/1	1/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome ADSON TRINDAD	E CAMP	Pos									
ADSON TRINDADE CAMPOS Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 78.613.841/0001-6			13 - Nome do C	ontratado AO EVANGELI	CA BENEFIC	ENTE DE L	ONDR	INA			
14 - Nome do Profission					15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 26921			onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / L	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	para Internação
78.613.841/0001-6				EVANGELICA					<u> </u>	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendime 1	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diár		26 - Pr	evisão de uso de OPI N	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (o	pcional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	81 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - C	D 10(4) (opcion	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou o	doença relacionada)
Procedimentos ou Ite	ns Assiste	enciais Solicita	dos								
1- 22 30733 2- 22 30733 3- 98 09011 4- 18 60024 5-	090 049 218 151	ocedimento	OSTEOCON PCT ARTRO	ITO CIRURGICO IDROPLASTIA OSCOPIA DE JO	- ESTABILIZA OELHO - ENF	CAO, RESS	ECCA	EDIMENTO VID O E/OU PLASTI/ RTROSCOPIA F	EO 1 A# 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
Dados da autorização							_				
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40	· Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41	- Tipo de Acomo	lação autorizad	la				
42 - Código na Operado 78.613.841/0001-6		J autorizado	1	lospital / Local Auto		ENTE DE L	ONDR	INA			44 - Código CNES 2550792
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 16/10/2023 /Materiais pagos em conta: CAPA DE VIDEO + EQUIPO SORO 4 VIAS / Empresa / Titular: ELEVADOR ES ATLAS SCHINDLER LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
46 - Data da Solicitação)	47 - Assina	atura do Profission	nai Solicitante	48 - Assinatura d	s Reneticiário o	u Kespo	onsavei 49 - Assi	natura do	Responsáv	ei pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2 - Nº Guia no Prestador MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	úmero da Guia Referen	•	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		92856149		92856149	16/10/2023 14:16		92856149				
Dados do Beneficiário		[· · · - · · ·									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000059746206											
8 - Nome											
ADSON TRINDADE CAMPO	08										
Dados do Profissional Solicitante			I 40. Talatana	114	1 5 1						
9 - Nome do profissional solicitante	CIII		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
LUCAS DA FONSECA BORGHI											
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica											
artrofibrose joelho direito ARTROFIBROSE JOELHO DIRE Materiais pagos em conta: CAP		UIPO SORO 4 VIAS									
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Materia	al 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	_ _ ,	_ 1	,				
80743230025 2- 00 00590045		ARTHROM COMERC MINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ 1	_ _ _ _						
80777280006	LAN		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ - - - - - - - - - - - - - -	_ 1	,				
3-		/IIIIIIIII GOMENG	70 52 mm 2/111/2001/10/ 25/0002/15/1				,				
	 						1111'!11				
4- _				_ _ _	_	_	_ _ , _				
	_			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _					
5- _				_ - -	_ _ _ , _	_	_ _ , _				
6- _	_ _ _			_	_	_ _	,				
						_ _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 16/10/2023 /Materiais pagos em conta: CAPA DE VIDEO + EQUIPO SORO 4 VIAS / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização						