

46 - Data da Solicitação

01/07/2024 09:53

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador **000007863318**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da G	uia Atribuíd	lo pela Operadora									
326755			00007863318									
4 - Data da Autorização	5 - Senha		700040	6 - Data de V	alidade da Senha							
15/07/20	24		7863318		31/07/202	24						
Dados do Beneficiário 7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento	a RN	1					
544579 - Titular			0 - Valluaue da Cartena		N S - Atendimento	d IXIN						
50 - Nome Social							1					
30 - NOME Social												
10 - Nome												
SAMIRA NAIR SANTOS MOREIRA												
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
946		H	OCIACAO EVANGELIO	CA BENEF	ICENTE DE L	ONDRINA						
14 - Nome do Profissional Solici					15 - Conselho Pro	ofissional	16 - Número	do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO		
RAFAEL MAURICIO BE		~ -			06		28806		PR	225270		
Dados do Hospital / Local Solicit 19 - Código na Operadora / CNF		-	lo Hospital / Local Solicitado					1 21 - Data s	unerida pa	ta Internação		
78.613.841/0001-61	- 11		ACAO EVANGELICA I	BENEFICE	NTE DE LONE	DRINA		11	024 07:3			
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação 2	24 - Regime de internação	25 - Qtde. di	. diárias Solicitadas 26 - Previsã		io de uso de OPME 27 - Pr		revisão de uso de Quimioterápico			
1	2		1		1		S		N			
28 - Indicação Clínica					·							
29-CID10 Principal (opcional) \$835	30-CID10(2)) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33 -	Indicação de	Acidente (acide	ente ou doen 9	ça relaciona	ida)		
Procedimentos ou Itens Assister	nciais Solicitados											
34 - Tabela 35 - Código do		36 - D	Pescrição						37 - Qtde. \$	Solic. 38 - Qtde. Aut.		
ou item as	ssistencial								-			
1- 22 30731089			NODESE		:=5 40 DE010				1	1		
2- 22 30731127 3- 22 30734053			NOPLASTIA DE TEND CONSTRUCAO, RETE				FLICAME	UTO.	1	1 2		
4- 18 60000805			ARIA DE QUARTO CO						1	1		
5-	1111	۱.	MA DE GUARTO CO.	LLIIVO D.	Z LLII OO O	JIVI DAITI		Allva	'			
6-		_i								 		
7-	 											
8- _ _		_i										
9- _	_ _ _ _	_l										
10-	_ _ _ _	_ļ										
11-	_ _ _ _	_!								<u> </u>		
12-		_l								İlI		
Dados da autorização	1 Balan A	Ordo Di	arias Autorizadas 41 - Tipo	!= = >=modooî	*							
39 - Data provável da Admissão 21/07/2024 07:30	nospitalai	U - Qlue Di	1 1	da acomodaçã	10 autorizada							
42 - Código na Operadora / CN	PJ autorizado	43 - No	ome do Hospital / Local Autoriz	zado						44 - Código CNES		
78.613.841/0001-61		i i	OCIACAO EVANGELIO		ICENTE DE L	ONDRINA	·			2550792		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: HOL em 01/07/2024 /PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIA												
IS DE IMPLANTE, ÓRTESE	3781000 / Emitic E E/OU PRÓTE	do Por: HC SE NACIO	DL em 01/07/2024 /PLANO DNAL. / Empresa / Titula	O REGULAN ır: MOUNT H	IENTADO - CON ERMON ADMINI	I COBERTU ISTRADOR	JRA PARA M A DE BENEF	ATERIAIS I ICIOS LTD.	DESCART A	AVEIS, MATERIA		
			·									

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº 000007863318 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

ŭ	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora				
326755	000007863318			786331		15/07/2024	000007863318				
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira		29 - Nome Social									
544579 - Titular											
8 - Nome	,										
SAMIRA NAIR SANTOS	MOREIRA						I				
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitar	te		10 - Telefone		11	- E-mail					
RAFAEL MAURICIO BE	LETATO		(43) 3377-09	00	ra	rafaelbeletato@gmail.com					
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica Material(is) solicitado(s) tecr	icomente competíval(ic)										
Autorizado para ARTHROM											
Sujeito a avaliação pela aud	itoria de contas médicas (r										
O Hospitalar poderá solicita											
OPME(s) não autorizado pe Para autorização de fatura			s) de rastreabilidade co	onforme a RDC n° 14 de 5 de	e abril de 2011	PLANO REGULAMENTADO	- COM COBERTURA PARA MATERIAIS				
DESCARTAVEIS, MATERIA	IS DE IMPLANTE, ÓRTES	SE E/OU PRÓTESE NACIO	NAL.								
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do Ite	4F [46 00000 47	Otala Caliaitada 40 Valan Haitária Ca	40. Otdo Autorizado 20. Valor Haitária Autorizado				
13 - Tabela 14 - Código do Ite21 - Registro ANVISA do materia		Descrição		22 - Referência do material no fal		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	olicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- 342069	FAS	TLOCK ANCORA PEEK			2	_ _ _ ,	, 2 _ ,				
10247700123	AR	THROM COMERCIO DE	E IMPLANTES ORT	ES ORT							
2- 34870	LAM	IINA DE SHAVER		<u> 1 </u>			_ , _ 1 _ _ , _				
	AR	THROM COMERCIO DE	E IMPLANTES ORT								
3- 30661	ANC	CORA TITANIO			2	,	, 2 ,				
	AR	THROM COMERCIO DE	E IMPLANTES ORT								
4- _	_ _ _ _ _				_ _ _	_ _ _ _ ,	· _				
					. _		<u> _ _ _ _ </u>				
5- _	_ _ _				_ _ _	_ _ ,	· _				
					. _		<u> _ _ _ _ </u>				
6- _	_ _ _ _				_ _	,	· _				
					.		 _ _ _ 				
24 - Especificação do material											
25 - Observações / Justificativa											
Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: HOL em 01/07/2024 /PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL.											
/ Empresa / Titular: MOUNT HERMON ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
01/07/2024 09	:53										