

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

241452341



1 - Registro ANS 346659		3 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora 606423565	
4 - Data da Autorizacao 26/05/2023		5 - Senha 241452341	
6 - Data Validade da Senha			
<b>Dados Beneficiario</b>			
7 - Numero da carteira 0300025937400047		8 - Validade da Carteira	
		9-Atendimento a RN N	
10 - Nome EDELICIO MENEZES			
<b>Dados Contratado Solicitante</b>			
12 - Codigo na Operadora 5169		13 - Nome do Contratado SOCIEDADE EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional CRM	16 - Nº no Conselho 22343
		17 - UF PR	18 - Codigo CBO 225270
<b>Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internacao</b>			
19- Codigo na Operadora / CNPJ 5169		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado SOCIEDADE EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	
		21 - Data sugerida para internacao 05/05/2023	
22 - Carater do Atendimento E-Eletiva	23-Tipo de Internacao 2 - Cirúrgica	24 - Regime de Internacao 1 - Hospitalar	25 - Qtde. Diarias Solicitadas 2
		26 - Previsao de uso de OPME	27-Previsao de uso de quimioterapico
28 - Indicao Clinica halux valgo			
29 - CID 10 Principal		30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)
		32 - CID 10 (4)	33 - Indicao de Acidente (acidente ou doenca relacionada) 9-Não acidentes
<b>Procedimento ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
Tabela	Codigo do Procedimento	Descricao	Qt. Solic.
22	30729181	Hallux valgus (um pe) - tratamento cirurgico	1
22	30729203	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirurgico	1
22	30731224	Transposicao unica de tendao	1
Qt. Autoriz.			
1			
1			
1			
<b>Dados da Autorizacao</b>			
39 - Data Provavel da Admissao Hospitalar 05/05/2023		40 - Qtde. Diarias Autorizadas 2	
		41 - Tipo da Acomodacao Autorizada -	
42 - Codigo na Operadora / CNPJ autorizado 5169		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado SOCIEDADE EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	
		44 - Codigo CNES 9999999	
45 - Observacao / Justificativa CONFORME JUNTA MEDICABom dia Dra. Shirley, tudo bem? Senha 234064047 ? EDELICIO MENEZESGentileza reverter os eventos abaixo: 3.07.29.181 Hallux valgus (um pé) - tratamento cirúrgico x01Obrigada,Cordialmente, Leonor Barbosa CatarinaEnfermeira AuditoraGerência Técnica ? Central CASSIEmail leonor.catarina@cassi.com.br --			
46-Data da Solicitacao 27/04/2023		47-Assinatura do Profissional Solicitante	
		48-Assinatura do Beneficiario ou Responsavel	
		49-Assinatura do Responsavel pela Autorizacao	



ANEXO DE SOLICITACAO DE ORTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2- N° Guia no Prestador

241452341.1

1 - Registro ANS  
346659

3 - Numero da Guia Referenciada  
606423565

4 - Senha  
241452341

5 - Data da Autorizacao  
26/05/2023

6 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora  
606423556

Dados do Beneficiario

7 - Numero da Carteira  
0300025937400047

8 - Nome  
EDELICIO MENEZES

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante  
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS

10 - Telefone  
4333751375

11 - E-mail  
central.convenios@helondrina.org.br

Dados da Cirurgia

12 Justificativa Tecnica  
HALUX VALGO

OPME Solicitadas

13-Tabela	14-Codigo Material	15-Descricao	16-Opcao	17-Qtde. Solicitada	18-Valor Unit. Solicitado	19-Qtde. Autorizada	20-Valor Unit. Autorizado
21-Registro ANVISA do Material	22-Referencia material no fabricante	23-N Autorizacao de Funcionamento					
1 - 19 81118460026	FRESAS PARA CIRURGIA PERCUTANEA DE PE RAZEK		1	1	1780.00	1	1780.00
2 - 19 81118460005	PARAFUSO CHANFRADO TOOL VIP - SSL130032 - PARAFUSO CHANFRADO TOOL VIP DE - 3,0 x 32 mm SSL130032 - PARAFUSO CHANFRADO TOOL VIP DE - 3,0 x 32 mm		1	4	1850.00	2	1850.00
3 - 19 10314800024	Pinos e Fios Osseos Esteréis CPNH - E720.300.1 - FIO DE KIRSCHNER 2.0MM X 300MM E720.300.1 - FIO DE KIRSCHNER 2.0MM X 300MM		1	2	45.00	2	45.00

24 - Especificacao do Material

25- Observacao / Justificativa FORNECEDOR ARTHROM

26 - Data da Solicitacao  
27/04/2023

27-Assinatura do Profissional Solicitante

28-Assinatura do Responsavel pela Autorizacao





Caixa de Assistência  
dos Funcionários do  
Banco do Brasil

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

241452341 - 27/09

1 - Registro ANS <b>ANS-nº34665-9</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização		5 - Senha		
6 - Data de Validade da Senha				
<b>Dados do beneficiário</b>				
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN				
10 - Nome <b>Caetano Mendes</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde		
<b>Dados do contratado solicitante</b>				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>Dr. Cesar</b>		
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Cesar Eduardo C. F. Martins</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		
16 - Número no Conselho <b>22343</b>		17 - UF <b>PA</b>		
18 - Código CBO				
<b>Dados do Hospital / Local solicitado / Dados da internação</b>				
19 - Código na Operadora/CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Dr. Cesar</b>		
21 - Data sugerida para internação				
22 - Caráter do Atendimento <b>C</b>		23 - Tipo de Internação <b>C</b>		
24 - Regime de Internação <b>IA</b>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>		
26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>		27 - Previsão de uso de quimioterápico		
28 - Indicação Clínica <b>Wolux Varco, com dor e deformidade, com gases com RC dir. e v.!</b>				
29 - CID 10 Principal <b>M20.5</b>		30 - CID 10 (2)		
31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)		
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				
<b>Procedimentos ou itens assistenciais solicitados</b>				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
01	30729.10.1	<b>Pro. Cir. pl Wolux Varco</b>	<b>01</b>	
02	30729.20.3	<b>Osteotomia de Esclerose</b>	<b>01</b>	
03	30731.20.4	<b>Transfusão de sangue</b>	<b>01</b>	
04				
05				
06				
07		<b>Dr. Cesar</b>		
08				
09		<b>01 Gases Saponar</b>	<b>01</b>	
10		<b>04 Previsões claudicantes</b>	<b>04</b>	
11		<b>02 Gases de Kirschner</b>	<b>02</b>	
12				
<b>Dados da autorização</b>				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa				
46 - Data da Solicitação				
47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Cesar Eduardo C. F. Martins</b> <b>CRM/PA 22343</b>				
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização				