



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94528954**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94528954
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização 25/03/2024 11:33	5 - Senha 94528954	6 - Data de Validade da Senha 24/05/2024
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000041624346	8 - Validade da Carteira 01/12/2024	9 - Atendimento de RN N
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome NEYDE ZACHEO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28806	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 05/04/2024 00:00
--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
-----------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------------

28 - Indicação Clínica HALLUX VALGO

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30729181	HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	2	2
2- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	8	8
3- 22	30731127	TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES	2	2
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
-------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 25/03/2024 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA

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 Guia no Prestador 94528954

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94528954	4 - Senha 94528954	5 - Data da Autorização 25/03/2024 11:33	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94528954
----------------------------	---------------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000041624346	29 - Nome Social
--------------------------------------------	------------------

8 - Nome
NEYDE ZACHEO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO	10 - Telefone	11 - E-mail
------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
Hallux Valgo bilateral
HALLUX VALGO

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	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- 75607522		PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	4		, 4		,
81118460005		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00497959		FIO METALICO LISO 2,0X300MM 31020E	2		, 2		,
10209780010		ORTOPAR LTDA					
3-					,		,
4-					,		,
5-					,		,
6-					,		,

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 25/03/2024 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA

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