



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94313086**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94313086</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>06/03/2024 14:04</b>	5 - Senha <b>94313086</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>07/05/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9750000015201883</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>FABIO APARECIDO RODRIGUES</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>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>26921</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>22/04/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</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 <b>ARTROFIBROSE JOELHO ESQUERDO</b>
---

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) <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>30733090</b>	<b>TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733103</b>	<b>INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30710022</b>	<b>RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30710030</b>	<b>RETIRADA DE PLACAS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>

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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2024 /REFERENTE AOS MATERIAIS 01 x capa de vídeo + 01 x equipo de soro - Materiais pagos em conta hospit alar / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA
---

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 94313086

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94313086	4 - Senha 94313086	5 - Data da Autorização 06/03/2024 14:04	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94313086
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 9750000015201883	29 - Nome Social
8 - Nome FABIO APARECIDO RODRIGUES	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica RET DE PLACAS E PARAFUSOS NA PORÇÃO MEDIAL E LATERAL DA TIBIAL IRREGULARIDADE CORTICAL NO CONDILO FEMORAL PATELAR ARTROFIBROSE JOELHO ESQUERDO REFERENTE AOS MATERIAIS 01 x capa de vídeo + 01 x equipo de soro - Materiais pagos em conta hospitalar	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2-	00499218	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 891630000		1	
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3-					
4-					
5-					
6-					

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2024 /REFERENTE AOS MATERIAIS 01 x capa de vídeo + 01 x equipo de soro - Materiais pagos em conta hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA	
---	--

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