

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

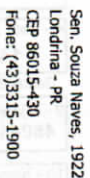
Sen. Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43)3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° de guia no prestador **000007728319**

Pág.: 1 de 1

| | | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|--|---|
| 1 - Registro ANS 326755 | | 3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora 000007728319 | | | |
| 4 - Data da Autorização 14/05/2024 | | 5 - Senha 000007728319 | | 6 - Data de validade da Senha 29/05/2024 | |
| Dados do Beneficiário / Paciente | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 450415 - Titular | | 8 - Validade da carteira | | 9 - Atendimento a RN N | |
| 10 - Nome completo GUILHERME AFFONSO MARINHO MAIA MORENO | | | | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 708909765518716 | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946 | | 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO | | | 15 - Conselho Profissional 06 | | 16 - Número no Conselho 28617 |
| | | | 17 - UF PR | | 18 - Código CBO S 225270 |
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946 | | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | 21 - Data Sugerida para Internação |
| 22 - Caráter da Internação [1] | | 23 - Tipo de Internação [2] | | 24 - Regime de Internação [1] | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas [001] |
| | | | | 26 - Previsão de uso de OPME [S] | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico [] |
| 28 - Indicação clínica Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) Z00 | | 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 Solicitados | | | | | |
| 34 - Tabela 22 18 | | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 30733057 60000805 | | 36 - Descrição MENISCECTOMIA - UM MENISCO DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA | |
| | | | | 37 - Qtde. Solicit. 2 1 | |
| | | | | 38 - Qtde. Aut. 2 1 | |
| Dados da Autorização | | | | | |
| 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar | | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas [001] | | 41 - Tipo da acomodação autorizada [1] COLETIVO | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946 | | 43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | |
| | | 44 - Código CNES 2550792 | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: THAIS.SILVA / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520240429023081 Empresa / Titular: GUILHERME AFFONSO MARINHO MAIA MORENO Matrícula: | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação 29/04/2024 10:32 | | 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. N° 000007728319

Atend. 0000000-00

Pàg.: 1 de 1

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

1 - Registro ANS
326755

3 - Número da Guia Referenciada
000007728319

4 - Senha
000007728319

5 - Data da Autorização

14/05/2024

000007728319

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
450415 - Titular

8 - Nome
GUILHERME AFFONSO MARINHO MAIA MORENO

Dados do Profissional Solicitante

ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA

10 - Telefono
(43) 3377-0900

11 - Email
internacao@uniorfe.com.br;joaoguerreiro39@yahoo.com.br;stendimentoprivado@gmail.com.br

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

Material solicitado tecnicamente compatível.
Autorizado para ARTHROM previamente negociado.
Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).
OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa.
Para autorização de faturamento é necessário a apresentação do(s) etiqueta(s) de rastreadabilidade conforme a RDC nº 14, de 5 de abril de 2011.
Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 13 - Tabela | 14 - Código do Material | 15 - Descrição |
|-------------|-------------------------|----------------|
|-------------|-------------------------|----------------|

21 - Registro ANVISA do Material

22 - Referência do material no fabricante

16 - Opção

17 - Qtde. Solicitada

18 - Valor Unitário Solicitado

19 - Qtd. Autorizada

20 - Valor Unitário Autorizado

| | |
|----|-------|
| 19 | 34870 |
|----|-------|

LAMINA DE SHAVER

ARTHRON COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA

1

11-1-1-1

1

11-171-11-

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Teléfono Contratado: (43) 3378-1000 / **Emitido Por:** THAIS SILVA / **PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NA CLÍNICA**, produto de atendimento: 3267 02629741203
Empresa / Titular: GUILHERME AFONSO MARINHO MAMA MORENO **Matrícula:**

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

29/04/2024

www.solid.inf.br :: 155 3.0