

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94962944

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	buído pela Opera	dora		94962	944				
343269 4 - Data da Autorização		5 - Senha 6 - Data de Validade da				7	.544				
30/04/2024 17:52		11		O Bala de Valle	29/06/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000004998050	,		28/0	9/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MARIA HONDA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA											
14 - Nome do Profission				15 - 06		15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho 21679		17 - UF 18 - Código CBO 41 225270	
Dados do Hospital / Lo			da Internação								
19 - Código na Operado			-	al / Local Solicitad	0				21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.613.841/0001-61				VANGELICA	BENEFICENT	E DE LOND	RINA	11		024 00:0	
22 - Caráter do Atendimer 2	nto 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ie de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Previsã	o de uso de OPM S	E 27 - F	Previsão de I	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					-						
29 - CID 10 Principal (op	icional)	30 - CID 10(2) (opcional)	1 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CIE	0 10(4) (opciona	al) 33 -	Indicação de Ac	idente (ac	sidente ou d	oença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Iten 34 - Tabela 35 - Cóo									27	Otdo Soli	c. 38 - Otde. Aut.
34 - Tabela 35 - Cóo 1- 22 30720 0		oceaimento	36 - Descrição FRATURA E	OU LUXACOI	ES (INCLUINDO	DESCOLA	MENTO E	PIFISARIO C		- Qtae. Soil	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 18 600003	84		DIARIA DE	ACOMPANHA	NTE COM REFE	ICAO COMF	PLETA		1		1
3- 18 600008	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM E	BANHEIR	O PRIVATIVO) 1		1
4-									 		
39 - Data provável da Ad	lmissão h	ospitalar 40	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
55 Data provaverud At			1	onzadas 41	TIPO GO AGOITIGUE						
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 30/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou	Responsáv	vel 49 - Assir	atura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94962944		4 - Senha 94962944		5 - Data da Autorização 30/04/2024 17:52	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9496294		
Dados do Beneficiário		94902944		94902944	30/04/2024 17:32		94302944	
7 - Número da Carteira	29 -	- Nome Social						
0050000004998050								
8 - Nome								
MARIA HONDA								
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	1 - E-mail			
CARLOS EDUARDO MOTOOKA								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica FRATURA E/OU LUXACOE FRATURA EOU LUXACOE								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 74895346		22 - Referência do mater	ral no fabricante - DVRAR0001A - PLACA DVR ANATOMICA _	23 - Nº Autorização I 1	de Funcionamento	_ 1	_ ,	
80044680244	OIO I LIM		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_' ' 		-1 '	IIII ¹ III	
2- 74894269	SISTEM		- 131227120 - PARAFUSO LOCKING CORTI	_ 8		_ 8	,	
80044680244		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_				
3- 00605409	PARAFL	USO CORTICAL 3,5X1		_ 2		_ 2	,	
10247700039 4-		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_				
	_ _ _ _	111111		_I		-	_ ,	
5-	 _			 _		 _	,	
	_ _ _			_	_ _ _ _	_		
6- _	_ _ _		l	_	_		_ _ ,	
				<u> _ _ _</u>				
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		024 / Empresa / Titular: /	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissio	onal Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			