



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94527929**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94527929
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 25/03/2024 10:49	5 - Senha 94527929	6 - Data de Validade da Senha 25/05/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000029735594	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome TIAGO LUIS DE ALMEIDA

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 LEITE DE PINHO TAVARES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	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 07/05/2024 10:00
--	--	---

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	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica dores em quadril - CONDROPATIA FEMORO-ACTABULAR A ESQUERDA
--

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	30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID	1	1
2- 22	30738059	CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTRO	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME OPSITE INCIS E PELICULA ADESIVA INCISIONAL - Opsite deve ser disponibilizado pelo Prestador, remunerado em taxa de sala. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA
--

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 94527929

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94527929	4 - Senha 94527929	5 - Data da Autorização 25/03/2024 10:49	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94527929
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000029735594	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
TIAGO LUIS DE ALMEIDA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
OPME
dores em quadril - CONDROPATIA FEMORO-ACTABULAR A ESQUERDA
AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL - Opsite deve ser disponibilizado pelo Prestador, remunerado em taxa de sala.

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					
1-	00499218	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 891630000		3		3	
	80356130052	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2-	72549890	ANCORAS JUGGERKNOT E JUGGERKNOTLESS - 916030: 1.45 MM JUG		2		2	
	80044680279	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-	00614262	PONTEIRA PARA RADIOFREQUENCIA IIIAD003FG206		1		1	
	80082910131	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- 00	00612103	EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02		1		1	
	81130100006	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 25/03/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL - Opsite deve ser disponibilizado pelo Prestador, remunerado em taxa de sala. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

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