



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89877918

(Via HOSPITAL)

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89877918 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 18/01/2023 17:06 | 5 - Senha 89877918 | 6 - Data de Validade da Senha 19/03/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|---|
| 7 - Numero da Carteira 0050000040340786 | 8 - Validade da Carteira 28/10/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
| 10 - Nome WAGNER ALEXANDRE DE OLIVEIRA | | 11 - Cartão Nacional de Saúde 700907923033494 |

Dados do Contratado Solicitante

| | | | | | |
|--|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19 | 13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN | | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 24619 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA | 21 - Data sugerida para Internação 02/02/2023 00:00 | | | |
| 22 - Caráter de Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação 2 | 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

PCTE RESTRIÇÃO ARTICULAR POS OSTEOSSINTESE DO PILAO TIBIAL ESQUERDO PLANO VIDEO ARTROSCOPIA COM OSTEOCONDROPLASTIA TIBIAL TE NOLISE DOS EXTENSORES ALONGAMENTO DO CALCANEIO

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---|
| 29-CID10 Principal (opcional) | 30-CID10(2) (opcional) | 31-CID10(3) (opcional) | 32-CID10(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 | 30731100 | TENOLISE/TENDONESE - TRATAMENTO CIRURGICO | 2 | 2 |
| 2- 22 | 30734045 | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30734010 | SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TOR | 1 | 1 |
| 4- 22 | 30731240 | ALONGAMENTO DE TENDONES - TRATAMENTO CRUENTO | 1 | 1 |
| 5- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 6- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 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 <input type="text"/> | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA | |
| | | 44 - Código CNES 2580055 |

45 - Observação

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido Por: 10815836902 em 18/01/2023 /AUTORIZADO 1X SUPRAHYAL DUO - 1 SERINGA - SUPRAHYAL DUO 25MG SIX1 - PAGAMENTO EM CONTA // REFERENTE CEPICKER PINCAS DE ATROSCOPIA - instrumentais inclusos em taxa / Empresa / Titular: WAGNER ALEXANDRE DE O LIVEIRA

| | | | |
|--|---|--|---|
| 46 - Data da Solicitação <input type="text"/> | 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

89877918

| | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Numero Guia Referenciada 89877918 | 4 - Senha 89877918 | 5 - Data da Autorização 18/01/2023 17:06 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89877918 |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|---|
| 7 - Numero da Carteira 0050000040340786 | 8 - Nome WAGNER ALEXANDRE DE OLIVEIRA |
|---|---|

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PCTE RESTRIÇÃO DO ARTICULAR POS OSTEOSSINTESE DO PILAO TIBIAL ESQUERDO. PLANO: VIDEO ARTROSCOPIA COM OSTEOCONDROPLASTIA TIBIAL + TENOLISE DOS EXTENSORES + ALONGAMENTO DO CALCANEIO
PCTE RESTRIÇÃO DO ARTICULAR POS OSTEOSSINTESE DO PILAO TIBIAL ESQUERDO PLANO VIDEO ARTROSCOPIA COM OSTEOCONDROPLASTIA TIBIAL TENOLISE DOS EXTENSORES ALONGAMENTO DO CALCANEIO
AUTORIZADO 1X SUPRAHYAL DUO - 1 SERINGA - SUPRAHYAL DUO 25MG SIX1 - PAGAMENTO EM CONTA // REFERENTE CEPICKER PINCAS DE ATROSCOPIA - instrumentais inclusos em taxa

OPME Solicitadas

| 13 - Tabela | 14 - Código do Item | 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- 00 | 00590045 | LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 | | 2 | | 2 | |
| 80777280006 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | |
| 2- 00 | 74311760 | SUPRAHYAL DUO - 1 SERINGA - SUPRAHYAL DUO 25MG SIX1 | | 1 | | 1 | |
| 80146290006 | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | |
| | | | | | | | |

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido Por: 10815836902 em 18/01/2023 /AUTORIZADO 1X SUPRAHYAL DUO - 1 SERINGA - SUPRAHYAL DUO 25MG SIX1 - PAGAMENTO EM CONTA // REFERENTE CEPICKER PINCAS DE ATROSCOPIA - instrumentais inclusos em taxa / Empresa / Titular: WAGNER ALEXANDRE DE O LIVEIRA

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