

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92002772

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da	a Guia Atrib	uído pela Opera	dora								
343269							02772					
4 - Data da Autorização	11	Senha	02002772	6 - Data de Valid		1						
27/07/2023 Dados do Beneficiário	10:12		92002772		25/0	9/2023						
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira		9 -	Atendiment	o de RN				
0050000053551594			01/02	2/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARIA DAS DORES GREGORIO												
Dados do Contratado S 12 - Código na Operador		10	13 - Nome do Co	ontratado								
78.613.841/0001-61		11		O EVANGELI	ICA BEN	NEFICE	NTE DE L	ONDR	INA			
14 - Nome do Profissiona	al Solicitante				15 - Conselho Profissional			ional	16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
TOMAS SEIBEL						06 364			36495	36495		225270
Dados do Hospital / Lo			,									
19 - Código na Operador 78.613.841/0001-61		11		I / Local Solicitado VANGELICA		ICENTE	DE LON	DRINA		11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação n
22 - Caráter do Atendimen		de Internaçã		e de Internação		de. Diárias					Previsão de uso de Quimioterápico	
1		C	20 24 Rogiiii	1	20 @10	1	Sonoradas		S		1001000 00	N
28 - Indicação Clínica												
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			oença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assistenciais	s Solicitado	os	ne e								
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307240 2- 22 307311 3- 18 600008 4-	58 27 05		DIARIA DE	TIA DE TENDA QUARTO COL	AO EM O	UTRAS DE 2 LEI	REGIOES	BANH	QUADRIL) - TRA	ATA 1 1/O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
1 1 1												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES78.613.841/0001-61ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA2550792												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 27/07/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 -												



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		92002772			92002772	27/07/2023 10:12		92002772	
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000053551594									
8 - Nome									
MARIA DAS DORES G									
Dados do Profissional Solic			10.7.6		10	. = "			
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone		1	1 - E-mail			
TOMAS SEIBEL									
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica									
ARTRODESE DE QUADRII ARTRODESE DE QUADRII									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 74899910	•			8753-048-01 - CUPULA	1		1	_ ,	
80044680269					.—. 		_,	1-1-1-1/1-1-1	
2- 74326546				MMER - 00-6250-065-30	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 2	_ _ ,	
80175510058	0175510058 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
3- 73993514	73993514 COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32				<u> </u> 1	,	_ 1	_ _ , _	
80044680286		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESO	ORTOPEDICOSLTDA		_ _ _			
4- 73997463					<u> </u>	,	_ 1	,	
80044680304		ARTHROM COMERC				_ _ _ _			
5- 74004093	CAE	BECAS FEMORAIS DE CE			<u> </u>		_ 1	,	
80044680330		ARTHROM COMERO	JO DE IMPLANTESO	DRIOPEDICOSLIDA				,	
6-	_	111111	1 1 1 1 1 1				_	,	
24 - Especificação do Material		1-1-1-1-1-1-1-	-111111	-	I—I—I—I—I—I		II		
24 Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 27/	07/2023 / Empresa / Titular:	FUNDO DE ASSISTEN	ICIA A SAUDE DOS SERVIDO	RES MUNICIPAIS I	DE LONDRINA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			