



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94923556**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94923556
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 26/04/2024 16:16	5 - Senha 94923556	6 - Data de Validade da Senha 01/07/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000029548638	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome FLAVIO AUGUSTO REZENDE
--

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 TOMAS SEIBEL	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 36495	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 06/05/2024 00:00
--	--	---

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 S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica IMPACTO FEMOROACETABULAR

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	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 26/04/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30 731062 SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO - Pagamento da sinovectomia apenas em casos de doença da sinovia ou quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulação, com comprovação mediante anatomo-patológico executado. Sem patologia da sinovial descrita. Referente ao MAT/ MED Bomba de infusão - equipamento incluso em taxa hospitalar / 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
--------------------------	---	--	---

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94923556	4 - Senha 94923556	5 - Data da Autorização 26/04/2024 16:16	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94923556
Dados do Beneficiário				
<div>7 - Número da Carteira</div> <div>1510000029548638</div>		<div>29 - Nome Social</div>		
<div>8 - Nome</div> <div>FLAVIO AUGUSTO REZENDE</div>				
Dados do Profissional Solicitante				
<div>9 - Nome do profissional solicitante</div> <div>TOMAS SEIBEL</div>		<div>10 - Telefone</div>		<div>11 - E-mail</div>
Dados da cirurgia				
<div>12 - Justificativa técnica</div> <div>IMPACTO FEMOROACETABULAR IMPACTO FEMOROACETABULAR AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30731062 SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO - Pagamento da sinovectomia apenas em casos de doença da sinovia ou quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulacao, com comprovacao mediante anatomo-patologico executado. Sem patologia da sinovial descrita . Referente ao MAT/ MED Bomba de infusão - equipamento incluso em taxa hospitalar</div>				
OPME Solicitadas				
13 - Tabela 14 - Código do Material 21 - Registro ANVISA do Material		15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento
7- 00614262 80082910131		PONT EIRA PARA RADIOFREQUENCIA IIIIAD003FG206 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<div><div><div> </div><div>1</div></div><div><div> , </div><div>1</div></div><div><div> </div></div></div>
8- <div><div> </div><div> </div></div>				<div><div> </div><div> </div><div> , </div><div> </div><div> </div></div>
9- <div><div> </div><div> </div></div>				<div><div> </div><div> </div><div> , </div><div> </div><div> </div></div>
10- <div><div> </div><div> </div></div>				<div><div> </div><div> </div><div> , </div><div> </div><div> </div></div>
11- <div><div> </div><div> </div></div>				<div><div> </div><div> </div><div> , </div><div> </div><div> </div></div>
12- <div><div> </div><div> </div></div>				<div><div> </div><div> </div><div> , </div><div> </div><div> </div></div>
24 - Especificação do Material				
25 - Observação / Justificativa <div>Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 26/04/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30731062 SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO - Pagamento da sinovectomia apenas em casos de doença da sinovia ou quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulacao, com comprovacao mediante anatomo-patologico executado. Sem patologia da sinovial descrita . Referente ao MAT/ MED Bomba de infusão - equipamento incluso em taxa hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA</div>				
26 - Data da Solitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização