

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94571970

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia /	Atribuído pe	ela Operadora	1						
343269						9457197	0			
4 - Data da Autorização 28/03/2024 09:	6 - 671970	Data de Validade	da Senha 14/06/2024							
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	8 - Validad	le da Carteira	9 -	Atendimento de F	RN					
2010700019505021				N						
50 - Nome Social										
10 - Nome ANGELITA DOS ANJOS DE OLIVEIRA										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora		11	3 - Nome do Contratado							
78.613.841/0001-61		ASSC	SOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA							
14 - Nome do Profissional So RAFAEL LEITE DE PIN	s				15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23538		onselho 17 - UF	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação										
19 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61	11			ocal Solicitado NGELICA BEN	olicitado LICA BENEFICENTE DE LONDRINA			21 - Data sugerida para Internação 17/04/2024 07:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	rnação 2	24 - Regime de 1	11	5 - Qtde. Diárias 1	Solicitadas 26 -	Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão d	de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica dores em quadril esq evolu										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) M199		O(2) (opcion	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados								
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30738040 2- 22 30738059 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	TRA' CON DIAR	IDROPLAS RIA DE QU GUELTAXA	TIA COM SUTU ARTO COLETIV	JRA LABRA VO DE 2 LE IO / EQUIPA	L - PROCEDIN TOS COM BAI MENTO PARA		RO 1 /O 1	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1	
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	10 - Qtde Di	iárias Autoriza	adas 41 - Tipo	o de Acomoda	ção autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado			1 1 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado						44 - Código CNES	
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVA						NTE DE LONI	DRINA		2550792	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DE MARILIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										
46 - Data da Solicitação	II 47 - Ass	sinatura do	Profissional S	Solicitante 48 - /	Assinatura do I	Beneficiário ou Re	sponsável 49 - Ass	sinatura do Respons	ável pela Autorização	



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

2 - Nº Guia no Prestador **MATERIAIS ESPECIAIS - OPME** 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94571970 94571970 28/03/2024 09:12 94571970 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 2010700019505021 8 - Nome ANGELITA DOS ANJOS DE OLIVEIRA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica cfme anexo dores em quadril esq evoluindo com impotencia funcional e dificuldade para deambular **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 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00660183 1- 00 CANULA CORTADOR MENISCO AGRESSIVO 0 GRAU 5.5X190MM 11-05-81130100011 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00612103 2- 00 EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02 81130100006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 00 00614262 PONTEIRA PARA RADIOFREQUENCIA IIIAD003FG206 80082910131 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 00613282 **OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989** 80804050002 24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DE MARILIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização