

90314131



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da	3 Guia Atribuí	ído pela Operadora 90314131								
4 - Data da Autorização	5 - Senh				6 - Data de Validade da Senha						
28/02/2023 12	11	u	90314131			29/04/2023					
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira	a	9 - Atendimento	9 - Atendimento de RN					
0050000040071513			01/08/2024		N						
10 - Nome	<u> </u>				11 - Cartão Nacional de Saúde				de		
DAVID VIEIRA DA LUZ 706702578681314											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	13 - Nome do Contratado								
78.613.841/0001-61		ASS	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO								
14 - Nome do Profissional Solid				11	15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho 19475		18 - Código CBO		
DANIEL FERREIRA FE				06	106			41	225270		
Dados do Hospital / Local Solic 19 - Código na Operadora / CN			- Nome do Hospital / Local Solicitado					1 21 - Data s	sunerida pat	a Internação	
78.613.841/0001-61		i i	SSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA					i i	023 00:0		
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de la	nternação	24 - Regime de internação	25 - Qtde. d	liárias Solicitadas				revisão de u	uso de Quimioterápico	
1	2		ção 24 - Regime de internação 1		2		S		N N		
28 - Indicação Clínica											
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID1	0(2) (opcional	31-CID10(3) (opcional	32-CID10(4) (opcional) 33	- Indicação d	le Acidente (acide	ente ou doen	ça relaciona	da)	
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitad	os									
34 - Tabela 35 - Código do	o Procedimento	36 -	Descrição						37 - Qtde. S	olic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30735033			ROMIOPLASTIA - PI	ROCEDIMEN	ITO VIDEOAR	TROSCO	PICO DE ON	IBRO	1	1	
2- 22 30735068		_	PTURA DO MANGU			_	_			1	
3- 22 30735084			SSECCAO LATERAI							1	
4- 18 60000384			ARIA DE ACOMPANI						2	2	
5- 18 60000805 6- 18 60024151			ARIA DE QUARTO C				_	_	2	2	
6- 18 60024151	1 1 1	AL.	UGUELTAXA DE AP	AKELHU / E	QUIPAMENT) PAKA A	K I KUSCOI	'IA PAR	1	1	
	III	¦—∣ —— I I							_ 	-l	
9-	ııı 	/! 								-!	
10-									-i		
11-	 	 									
12-		<u>i_</u> l							<u> </u>		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1											
42 - Código na Operadora / CN	NPJ autorizado	43 - N	Nome do Hospital / Local Aut	orizado						44 - Código CNES	
78.613.841/0001-61 ASSO			SOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792							2550792	
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 28/02/2023 /****1 EQUIPO 4 VIAS MATERIAL NÃfO PADRONIZADO. MATERIAL PADRONIZADO PAGO EM CONTA HOSPITALAR ***************** / Empresa / Titular: DORI ALIMENTOS SA											
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável							Responsáv	el pela Autorização			



90314131

Londrina

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora	
343269		90314131		90314131	28/02/2023 12:29		90314131
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira		8 - Nome					
0050000040071513		DAVID VIEIRA DA LUZ	2				
Dados do Profissional Solicitant							
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	- E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA			il i			
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICA‡AO CLINICA EM INDICA‡AO CLINICA EM ****1 EQUIPO 4 VIAS MAT	ANEXO	NDO. MATERIAL PADRONIZ	ZADO PAGO EM CONTA HOSPITALAR ***********************************				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ite	em 15 - I	Descrição		16 - Opção 17 - C	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unit	ário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi	al		22 - Referência do material no fal	oricante	2	23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 00 71502718	ANG	CORAS FLEXIVEIS JUG	GERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL JU	3	,	_ _ 3 _ _	,
80044680086		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I_	_ _ _	
2- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SI	ETORMED - 001030306	2	,	_ _ 2 _ _	. ,
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		Ĺ		
3- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF ST	RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1 1 1	1 1 1 1 1		i ia irid
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT	 			1 1 1 1
4- 00 70917540 CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM							1 1.1 1 1
80777280003							
5- 00 00596221	GUI		OR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M				<u>'</u> '
80743230002			CIO DE IMPLANTESORT	'' 	יו יו יו יו יו יו		·
6-	1 1 1 1 1 1	7					<u>'</u> '
				- II II. - I I I I		!!	·
[1			<u> </u>		ı—ı—l—l—l—l—l—l—l—l		-1
24 - Especificação do material							
25 - Observações / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 28/02/2023 /****1 EQUIPO 4 VIAS MATERIAL NÃfO PADRONIZADO. MATERIAL PADRONIZADO PAGO EM CONTA HOSPITALAR ************* / Empresa / Titular: DORI ALIMENTOS SA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitanto	П	28 - Assinatura da	Posponsával pola Autorização		
,	27 - Assinatura do Prof	ISSIONAL SUICILANTE		20 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização		
_ / / /	·II						