



Sen. Souza Naves, 1922  
Londrina - PR  
CEP 86015-430  
Fone: (43)3315-1900

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

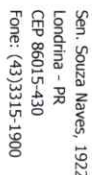
2 - Nº de guia no prestador 000007073090

Pág.: 1 de 1

PLANO DE SAÚDE

# Hospitalar

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora <b>000007073090</b>									
4 - Data da Autorização <b>17/04/2023</b>		5 - Senha <b>000007073090</b>		6 - Data de validade da Senha <b>17/05/2023</b>							
Dados do Beneficiário / Paciente											
7 - Número da Carteira <b>84189 - Dependente</b>		8 - Validade da carteira		9 - Atendimento a RN <b>N</b>							
50 - Nome Social <b>LOHANE VÊKANANDRE STHEPHANY SMITH BUENO DE HA HA HA DE RAO LASER BALA DE ICEKISS</b>											
10 - Nome <b>CLELIA REGINO LUIZ</b>											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número no Conselho <b>18734</b>		17 - UF <b>PR</b>		18 - Código CBO S <b>225270</b>			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação						21 - Data Sugerida para Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>									
22 - Caráter da Internação <b>11</b>		23 - Tipo de Internação <b>2</b>		24 - Regime de Internação <b>11</b>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>001</b>		26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>		27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b></b>	
28 - Indicação clínica <b>Osteonecrose</b>											
Hipótese Diagnóstica											
29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M87</b>		30 - CID 10 (2) (opcional)		31 - CID 10 (3) (opcional)		32 - CID 10 (4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>			
Procedimentos Solicitados											
34 - Tabela <b>22</b> <b>18</b>		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>30726034</b> <b>60000805</b>		36 - Descrição <b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA</b>				37 - Qtde. Solicit. <b>1</b> <b>1</b>		38 - Qtde. Aut. <b>1</b> <b>1</b>	
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas <b>001</b>		41 - Tipo da acomodação autorizada <b>41 QUARTO COMPARTILHADO</b>							
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		43 - Nome do Prestador Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>				44 - Código CNES <b>2550792</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: THAIS.SILVA / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL. protocolo de atendimento: 32675520230329812071 Material autorizado para ARTHROM. Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva). OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa. O Hospitalar poderá solicitar as imagens intra/pós operatória para conferência. Para autorização de faturamento é necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RDC nº 14, de 5 de abril de 2011. protocolo de atendimento: 32675520230417819889 Empresa / Titular: AMADO BATISTA LUIZ Matrícula:											
46 - Data da Solicitação <b>17/04/2023 08:19</b>		47 - Assinatura do profissional solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			



PLANO DE SAÚDE  
**Hospitalar**

### Dados do Beneficiário

84189 - Dependente

3 - Nome  
**CLELIA REGINO LUIZ**

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante

ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA

10 - Telefone

(43) 3377-0900

11 - E-mail

internacao@uniorite.com.br;mydanieli@hotmail.com;posconsulta@uniorite.com.br;internacao@uniorite.com

### Dados da Cirurgia

**Autorizado material solicitado, fornecedor ARTHROM**

**Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).**

**OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa.**

O Hospital poderá solicitar as imagens intra/pós operatória para conferência.

**Para autorização de ratuamento é necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RDC n° 14, de 5 de abril de 2011.**

RECEIVED  
HOSPITAL

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

13 - Tabela

14 - Código do Material

15 - Descrição

21 - Registro ANVISA do Material

## 22 - Referência do material no fabricante

16 - Opção

17 - Qtde. Solicitada

18 - Valor Unitário Solicitado

19 - Qrde. Autorizada

por Unitário Autorizado

**KIT PROTESE DE JOELHO UNICOMPARTIMENTAL**

23 - Nº Autorização de Funcionamento

\_\_\_\_\_

1

**11-11-11**

[illegible][illegible]

## 24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: THAIS SILVA / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL, protocolo de atendimento: 32675520320032981207  
Material autorizado para ARTHROM. Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva). OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa. O Hospitalar poderá solicitar as imagens intra/pós operatória para confirmação.  
Para autorização de faturamento é necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RDC nº 14, de 5 de abril de 2011, protocolo de atendimento: 32675520320041819889  
Empresa / Titular: AMADO BATISTA LUIZ Matrícula:

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização