

89772847 (Via HOSPITAL)



46 - Data da Solicitação

_|/|__|_|/|_

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89772847 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 09/01/2023 14:55 89772847 14/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1510000029914561 31/12/2020 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **THALLES EDUARDO FERREIRA LOPES** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 78.613.841/0001-61 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 18 - Código CBO 17 - UF **RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES** 06 23538 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 19/01/2023 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 23 - Tipo de Internação 2 S 1 1 Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30738040 TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID 1 2- 22 30738059 CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTRO 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 _|__|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 09/01/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PR OCEDIMENTO 30738024 SINOVECTOMIA PARCIAL - POIS NAO HA SINOVITE E NEM CORPOS LIVRES ARTICULARES. REFERENTE AO OPME ANCORA SOLICI TADO COMO COMPLEMENTO PARA ADEQUAÇAO NA GUIA 89871036 / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89772847



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269	89772847		89772847	09/01/2023 14:55	89772847
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira	8 - Nome				
1510000029914561 THALLES EDUARDO FERREIRA LOPES					
Dados do Profissional Solicitant					
9 - Nome do profissional solicita	te	10 - Telefone	11	1 - E-mail	
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES				
Dados da cirurgia			-,,-		
INDICAćAO CLINICA EM INDICAćAO CLINICA EM AUTORIZADO PARCIAL C	ANEXO	AO PROCEDIMENTO 30738024 SINOVECTOMIA PARC	IAL - POIS NAO	HA SINOVITE E NEM CORPOS	LIVRES ARTICULARES. REFERENTE AO OPME ANCORA
OPME Solicitadas					
13 - Tabela 14 - Código do Ito	m 15 - Descrição		16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi		22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 03032256	INSERTO ELETRODO VA	PORIZACAO 90 GRAUS 150MM 11010021	1	,	_ _ 1 _ _ , _
80044680442	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORT		İ.	
2- 00 00308137	LAMINA SHAVER BROCA	OVAL PARTES OSSEAS 5,5X240MM INOX - BR	i3	- - - -	3
81130100002		RCIO DE IMPLANTESORT	 I I I I		
3- 00 00612103	EQUIPO BOM INFUSAO A	1			
81130100006		RCIO DE IMPLANTESORT	<u></u> . 	 	
4- 00 70917540		COPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM	 		2
80777280003		RCIO DE IMPLANTESORT	-	 	
5- 00 75043114		NCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-090	 		
80083650067		RCIO DE IMPLANTESORT		 	
	ARTHROWICOME	CIO DE IMPLANTESONI	,		
6- _ _ _ _ _ _ _			- II II _	 _	
24 - Especificação do material					
OCEDIMENTO 30738024 S		/AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORI E E NEM CORPOS LIVRES ARTICULARES. REFERENT presa / Titular: UNIMED APUCARANA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	