

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93484041

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93484041 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 93484041 13/12/2023 07:52 11/02/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000054217108 01/02/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome MARIA JOSE MARTINS DA SILVA Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS** 26535 225270 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 18/12/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 1 s Ν 1 28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura de menisco 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 2- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 11-12-I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 6074502 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 13/12/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





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

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referen		ciada 93484041	4 - Senha	02484044	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93484041		93484041	13/12/2023 07:52	93484041	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
0050000054217108							
8 - Nome							
MARIA JOSE MARTINS DA SILVA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico S832 Reparo ou Sutura de menisco							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 00499293			AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	I I 1		_ 1 _ ,	
80356130052	3 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>			
2							
						_ _	
3- _				_ _ _	_ _ _ , _	_	
	_				_ _ _ -	_ _	
4- _				_ _ -	_	_ _ _ , _	
	_				_ _ _ _	_ _	
5-	-			_ - - -	_		
6-	_		-		_ _ _ _	!! 	
0- _ _ _ _ _ 	-llll -l			-			
24 - Especificação do Material	-	<u> </u>	- -			<u></u>	
25 - Observação / Justificativa Talafora O contratado (40)0074 0500 / Emitida em 40/40/0000 / Emitida							
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 13/12/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		