We produce to the

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador: 25571204092332367402

Atendimento Eletivo 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL	tante SHIRO tado / D 20 - HO Tipo de (2) CIRI CID 10	HOSPITAL A Pados da Inter Nome Hospit SPITAL ARAU Internação ÚRGICA (2) (Opcional	o Contratado RAUCARIA DE LONDRINA 15 - Conselho Pro CRM nacao al / Local Solicitado CARIA DE LONDRINA LTD 24 - Regime de Internação (3) DOMICILIAR	ALTDA fissional 25 - Qtde. Solicitada:	nento a F	RN (Sim ou Não) Não 1 - Cartão Nacior 00003754834104 nero no Conseile 5460 26 - Previsão o de OPME Não Opcional)	21 - Data e uso	uF 18 - Co	ão de uso de ipico Não Não ente (acidente
7 - Número da Carteira 53450107 10 - Nome LUCAS GABRIEL OGUIDO Dados do Contratado Solicitante 12- Código na Operadora 25571-2 14 - Nome do Profissional Solicitado MAURICIO SHIGUENOBU KANA Dados do Hospital / Local Solicitado 25571-2 22 - Caráter de Atendimento Eletivo 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL 29 - CID 10 Principal (Opcional) Procedimentos ou Itens Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assist 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	tante SHIRO tado / D 20 - HO Tipo de (2) CIRI	13 - Nome di HOSPITAL A Pados da Inter Nome Hospit SPITAL ARAU Internação ÚRGICA	o Contratado RAUCARIA DE LONDRINA 15 - Conselho Pro CRM nacao al / Local Solicitado CARIA DE LONDRINA LTD 24 - Regime de Internação (3) DOMICILIAR	ALTDA fissional 25 - Qtde. Solicitada:	16 - Núm	Não 1 - Cartão Nacion 00003754834104 nero no Conseilho 5460 26 - Previsão o de OPME Não Opcional) 33	21 - Data e uso	UF 18 - Co	ara Internação 023 ão de uso de ipico Não
53450107 10 - Nome LUCAS GABRIEL OGUIDO Dados do Contratado Solicitante 12- Código na Operadora 25571-2 14 - Nome do Profissional Solicit MAURICIO SHIGUENOBU KANA Dados do Hospital / Local Solicitado 25571-2 22 - Caráter de Atendimento Eletivo 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL 29 - CID 10 Principal (Opcional) 29 - CiD 10 Principal 30 - Ou Item Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assiste 32 - 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	tante SHIRO tado / D 20 - HO Tipo de (2) CIRI	13 - Nome di HOSPITAL A Pados da Inter Nome Hospit SPITAL ARAU Internação ÚRGICA	o Contratado RAUCARIA DE LONDRINA 15 - Conselho Pro CRM nacao al / Local Solicitado CARIA DE LONDRINA LTD 24 - Regime de Internação (3) DOMICILIAR	ALTDA fissional 25 - Qtde. Solicitada:	16 - Núm	Não 1 - Cartão Nacion 00003754834104 nero no Conseilho 5460 26 - Previsão o de OPME Não Opcional) 33	21 - Data e uso	UF 18 - Co	ara Internação 023 ão de uso de ipico Não
Dados do Contratado Solicitante 12-Código na Operadora 25571-2 14 - Nome do Profissional Solicitante 15-Código na Operadora 25571-2 14 - Nome do Profissional Solicitado 25-Cidigo do Local Solicitado 25571-2 22 - Caráter de Atendimento Eletivo 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL 29 - CID 10 Principal Opcional) 30 - Opcional 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	tante SHIRO tado / D 20 - HO Tipo de (2) CIRI	HOSPITAL A Pados da Inter Nome Hospit SPITAL ARAU Internação ÚRGICA (2) (Opcional	IRAUCARIA DE LONDRINA 15 - Conselho Pro CRM INACAO INACAO	A 25 - Qtde. Solicitada:	16 - Núm	nero no Conselho 5460 26 - Previsão o de OPME Não	21 - Data e uso	UF 18 - Co	ara Internação 023 ão de uso de ipico Não
12- Código na Operadora 25571-2 14 - Nome do Profissional Solici MAURICIO SHIGUENOBU KANA Dados do Hospital / Local Solici 19 - Código do Local Solicitado 25571-2 22 - Caráter de Atendimento Eletivo 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL 29 - CID 10 Principal Opcional) 29 - Tabela 35 - Código do ou Item Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assiste 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	tante SHIRO tado / D 20 - HO Tipo de (2) CIRI	HOSPITAL A Pados da Inter Nome Hospit SPITAL ARAU Internação ÚRGICA (2) (Opcional	IRAUCARIA DE LONDRINA 15 - Conselho Pro CRM INACAO INACAO	A 25 - Qtde. Solicitada:	Diárias	26 - Previsão de OPME Não	21 - Data a uso - Indicaç doença	a sugerida p 15/09/20 27 - Previs quimioterá	ara Internação 023 ão de uso de ipico Não
25571-2 14 - Nome do Profissional Solicimal Mauricio Shigueno Bu Kana Dados do Hospital / Local Solicitado 25571-2 22 - Caráter de Atendimento Eletivo 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL 29 - CID 10 Principal Opcional) Procedimentos ou Itens Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assist 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	SHIRO tado / D 20 - HO Tipo de (2) CIRI CID 10	HOSPITAL A Pados da Inter Nome Hospit SPITAL ARAU Internação ÚRGICA (2) (Opcional	IRAUCARIA DE LONDRINA 15 - Conselho Pro CRM INACAO INACAO	A 25 - Qtde. Solicitada:	Diárias	26 - Previsão de OPME Não	21 - Data a uso - Indicaç doença	a sugerida p 15/09/20 27 - Previs quimioterá	ara Internação 023 ão de uso de ipico Não
MAURICIO SHIGUENOBU KANA Dados do Hospital / Local Solici 19 - Código do Local Solicitado 25571-2 22 - Caráter de Atendimento Eletivo 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL 29 - CID 10 Principal Opcional) 30 - Procedimentos ou Itens Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assist 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.33.07-3	SHIRO tado / D 20 - HO Tipo de (2) CIRI CID 10	Nome Hospit SPITAL ARAU Internação ÚRGICA (2) (Opcional	CRM macao al / Local Solicitado CARIA DE LONDRINA LTE 24 - Regime de internação (3) DOMICILIAR) 31 - CID 10 (3) (Opcio	25 - Qtde. Solicitada:	Diárias	26 - Previsão de OPME Não	21 - Data a uso - Indicaç doença	a sugerida p 15/09/20 27 - Previs quimioterá	ara Internação 023 ão de uso de ipico Não
9 - Código do Local Solicitado 25571-2 22 - Caráter de Atendimento Eletivo 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL 29 - CID 10 Principal Opcional) 30 - Opcional 35 - Código do ul tem Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ul tem Assiste 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.33.07-3	20 - HO	Nome Hospit SPITAL ARAU Internação ÚRGICA (2) (Opcional	al / Local Solicitado CARIA DE LONDRINA LTE 24 - Regime de Internação (3) DOMICILIAR) 31 - CID 10 (3) (Opcio	25 - Qtde. Solicitada: 1		de OPME Não	e uso - Indicaç doença	15/09/20 27 - Previs quimioterá	023
22 - Caráter de Atendimento Eletivo 23 - 1 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO MEDIAL 29 - CID 10 Principal Opcional) 30 - Procedimentos ou Itens Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assiste 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	(2) CIRI	SPITAL ARAU Internação ÚRGICA (2) (Opcional	24 - Regime de Internação (3) DOMICILIAR) 31 - CID 10 (3) (Opcio	25 - Qtde. Solicitada: 1		de OPME Não	e uso - Indicaç doença	15/09/20 27 - Previs quimioterá	023
29 - CID 10 Principal (Opcional) 30 - Opcional 35 - Código do ultem Assiste 34 - Tabela 35 - Código do ultem Assiste 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.33.07-3	CID 10	ÜRGICA (2) (Opcional	(3) DOMICILIAR (3) TOMICILIAR (3) TOMICILIAR	Solicitada:		de OPME Não	- Indicaç	ao de Acide	nte (acidente
29 - CID 10 Principal (Opcional) 30 - Opcional 35 - Código do ultern Assiste 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	CID 10	(2) (Opcional Solicitados	31 - CID 10 (3) (Opcio		D 10 (4)(Opcional) 33	doença	relacionada	onte (acidente
29 - CID 10 Principal Opcional) 30 - Opcional) 30 - Opcional) 33 - Código de ou Item Assiste 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	ncials S	Solicitados		nal) 29 - Cl	D 10 (4)(doença	relacionada)
34 - Tabela 35 - Código de ou Item Assist 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	Proce	CONTRACTOR SANCTOR							The second secon
ou Item Assist 1 18 60034068 2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3	Proce	dimento 36 -			NA BOUGHOUSE				38 - Qtde, Au
2 22 3.07.33.05-7 3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3						*	37 - Q	tde. Solic.	38 - Qtae. At
3 22 3.07.31.11-9 4 22 3.07.33.07-3			IA COMPACTA DE APARTAME ISCECTOMIA - UM MENISCO -			RTROSCOPICO DE		1	
		TENC	PLASTIA / ENXERTO DE TEN					1	
Dados da Autodração		RECO	ONSTRUCAO, RETENCIONAM ZADO ANTERIOR	ENTO OU REFO	RCO DO L	IGAMENTO		1	
Jauva da Autorização						e in the second			The State of
39 - Data Provável da Admissão 15/09/2023	Hospit	alar	40 - Qtde, Diárias Autor	zadas		Tipo da Acomo APARTAMENTO			
42 - Código na Operadora / CNP autorização	J	And the second second	o Hospital / Local Autoriza				44 - Có	digo CNES	
25571-2		HOSPITAL A	RAUCARIA DE LONDRINA	LTDA	Marco Company	eron Sovies advisoration	and the second	60745	002
45 - Observação / Justificati FAVORÁVEL: 30733073 X1, 307	va	44 20704442	X1 (IDESEA)(ODÁVEL 20	733040 74 /1	250 000	tral avidenciada	m evama	é compone	te mecânico da
FAVORÁVEL: 30733073 X1, 307 gênese da lesão do ligamento cru LESAO DO MENISCO MEDIAL L LOCAL DE ATENDIMENTO: 43 -	zado, n	ao sendo pass	sivel, nem costumeiramente	abordado nas	2332367	para reconstruç	MENISC	O MEDIAL T	ELEFONE DO
46 - Data da Solicitação 47 - Soli 47 - Soli	0.000.00	STATE OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSO					SPECIAL PROPERTY OF THE	N S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	

1- Section Arise 1- Section		E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME	PECIAIS - OF	E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME					
Solicitante	ados do Beneficiário - Número da Carteira 3450107	mero da Guia Referenciada 34	4 - Senha 4924334203		5 - Data d 22/09/20	a Autorizacao	6 - Número 4924334	da Guía Atribuído pela Operac	fora
9 - None 10 - Telefone 10 - Telefone 10 - Telefone 10 - Telefone 11 - E-mail 11 - E-ma	- Número da Carteira 3450107		•				•		
10 - Telefone 11 - E-mail 11 - E-mail 11 - E-mail 12 - Telefone 13 - Telefone 14		8 - Nome LUCAS GABRIEL OGUIDO							
10 - Telefone 11 - E-mail 11 - E-mail	Dados do Profissional Solicitante								
do 15 Descrição 16 17-Qide 18-Valor Unitário 19-Qide 20-Valor Unitário 21-Registro 22-Referência material Cx. 1 fr. Cx. 1 fr. 2 1300,00 2 1300,00 2 1300,00 Cx. 1 fr. 1 450,00 1 450,00 Cx. 1 fr. 2 1800,00 2 1800,00	9 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO SHIGUENOBU KANASHIRO			10 - Telefone 4333712571		11 -	E-mail traideguias@hosp	talaraucaria.com.br.	
do 15 Descrição 16 17-Qide. 18-Valor Unitério 19-Qide. 20-Valor Unitério 21-Registro 22-Referência material CX. 1 fr. 2 1300,00 Autorizada Autorizado ANVISA Fabricante CX. 1 fr. 1 450,00 1 450,00 1 550,00 1 550,00 CX. 1 fr. 1 950,00 1 950,00 2 1800,00	idos da Cirurgia			+					
SS4 Cx. 1 fr. 2 considered 15-Qide 19-Qide 20-Valor Unitário 21-Registro 22-Referência material 584 Cx. 1 fr. 1300,00 2 1300,00 2 1300,00 1 450,00 584 Cx. 1 fr. 1 450,00 1 450,00 1 950,00 584 Cx. 1 fr. 2 1800,00 2 1800,00 2 1800,00	DINE Collaborate		Washington State of the State o						
3 14-Cócligo do 15 Descrição 16 17-Cócle 18-Valor Unitario 19-Cócle 20-Valor Unitario 21-Registro 22-Referenda material 18-Cócligo do	The Southeres		reasterns.		SECURIO SE PROFICIO PARENTE	province of any successions of			
90206584 Cx. 1 fr. 2 1300,00 2 2 90206584 Cx. 1 fr. 1 450,00 1 1 90206584 Cx. 1 fr. 1 90206584 Cx. 1 fr. 2 1800,00 2 2 1800,00 2 2 1800,00 2 2 1800,00 2	14-Código do Material			18-Valor Unitario Solidtado	19-Qtde. Autorizada	20-Valor Unitano Autorizado	21-Registro ANVISA	22-Kererenda matenal fabricante	Funcionamento
90206584 Cx. 1 fr. 1	90206584	fit.	2	1300,00	2	1300,00			
90206584 Cx. 1 fr. 2	90200384	6.		950.00	-	950.00			
	90206584		2	1800,00	2	1800,00			
	Матепа								

@2022 Fácil Informática - FacPlan Novo WebPlan - Versão 1.0.159.1