

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

49065710

1 - Registro ANS	3 - Número da (Guia Atribui	do pela O	peradora								
31292 - 4	49065710											
4 - Data da Autorização 5 - Senha								6 - Dat	6 - Data de Validade da Senha			
12/06/2024 490657109									16/12/2024			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira						8 - Validade da Ca	rteira	9.01	endimento a	DN		
0100546242011257						25/11/2024			N			
10 - Nome					<u></u>		11 -	Cartão Nacional				
ROSIMEIRE GUERGOLETTE ALFIERI 702803602333969												
Dados do contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
04169712000190 ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER												
14 - Nome do Profissional	Solicitante			1	15 - Conselho Profissional						digo CBO	
Dados do Hospital / Local		os da Interi	nação									
19 - Código na Operadora				20 - Nome do					21 - Data sugerida para internação			
04169712000190						E PARANAENSI		~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~		12/06/202		
22 - Caráter do Atendimen		-			25 - Qtde. [Diárias Solicitadas	26 - Previs		E 27 - Prev		imioterápico	
1 - Eletivo	2 - Cirúr	gica	1 - H	ospitalar		0		S		N		
29-CID 10 Principal (Opcional)) - CID 10 (2) (O	pcional)	31 - CID 10	0 (3) (Opciona) 32 - CID	10 (4) (Opcional)		Indicação de Acid		te ou doença relac	cionada)	
Procedimentos Solicitado							9.	· Não Acider	ite			
34-Tabela 35 - Código		o 36-Desc	rição						-	37-Qtde Solic 38	3 - Qtde Aut	
550	7.31.038	_		- tratamen	to cirúrgic	:0	[Anes	tesista]			2	
!	7.31.038			- tratamen			[Cirur	gião]		2	2	
!					-				espesas Hospitalares]			
!	7.31.038 0.00.554			<u>- tratamen</u> PARTAMENT			[Diária		<u> </u>		2	
!	7.29.181			(um pé) - t				tesista]		2	2	
22 _ 3.0	7.29.181			(um pé) - t			[Cirur	gião]				
!	7.29.181 7.20.484		_	(um pé) - t		_	-	esas Hospital			2	
!	7.29.181 7.29.203			<u>(um pé) - t</u> ou pseudar		o cirurgico		<u>xiliar Cirúrgico</u> tesista]	<u> </u>	<u>2</u>		
!	7.29.203			•	oseudartrose dos [Cirurgião			-				
22 3.07.29.203 Osteotomia ou pseudartrose dos [Despesas Hospitalares] 4 4							_4					
Dados da Autorização												
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada												
19/06/2024 2			2									
				43 - Nome do H	Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES							
04169712000190 ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER 2576341												
45 - Observação / Justificativa Favorável aos Procedimentos (Regime de Atendimento: Internação / Caráter de atendimento: Eletivo) Fornecedor(es): Arthrom ateriais autorizados no total de R\$ 7.320,00 Já incluindo a taxa de comercialização de Valor de Nota Fiscal conforme menor valor do. O faturamento de OPME será realizado via conta hospitalar conforme padrão do Saúde Caixa												
46-Data da Solicitação 12/06/2024	4	7-Assinatur	a do Profi	ssional Solicit	ante	48-Assinatura do	Beneficiár	io Responsável	49-Assinatura	ı do Responsável pel	a Autorização	



GUIA DE SOLICITAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador 49065710 DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS	3 - Número da G	uia Atribuído pela	Operadora									
31292 - 4	49065710											
4 - Data da Autorização	10000110								de Validade da Senha			
12/06/2024 490657109								16/12/2024				
12/00/2024 490057 109 Dados do Beneficiário								10/12/2	2027			
7 - Número da Carteira					8 - Validade da Ca	arteira	9-Ate	ndimento a l	RN			
01005462420112		25/11/2024				N						
10 - Nome							Cartão Nacional d					
ROSIMEIRE GU		11 - Cartão Nacional de Saúde 702803602333969										
Dados do contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
04169712000190 ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER												
14 - Nome do Profissional	Solicitante			15 - Conselho		Conselho		1	17 - UF 18 - Cá	odigo CBO		
				Profission	ail			225270				
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	os da Internação			IL							
19 - Código na Operadora	/CNPJ		20 - Nome do	Hos pital/Loc	al Solicitado			21 - Da	ata s ugerida para	internação		
04169712000190)		ASSOCIA	CAO NORT	E PARANAENSI	E DE COM	BATE AO	AO 12/06/2024				
22 - Caráter do Atendimer	to 23-Tipo de In	ternação 24 - Reç	jime de Internaç	ão 25 - Qtde. [Diárias Solicitadas	26 - Previsa	io de uso de OPM	E 27 - Previ	isão de uso de q	uimioterápico		
1 - Eletivo	2 - Cirúr	gica 1	Hospitalar		0		S		N			
28 - Indicação Clínica								Щ				
DOR INCAPACITANTE EM PÉ DIREITO e ESQUERDO DEFORMIDADE EM REGIÃO DE METATARSOFALANGEANA DE 1º RAIO B ILATERAL												
29-CID 10 Principal 3) - CID 10 (2) (Or	cional) 31 - CID	10 (3) (Oncions	al) 32 - CID	10 (4) (Opcional)	33 - 1	ndicação de Acide	ente (acidente	e ou doenca rela	cionada)		
(Opcional)	, ois 10 (2) (Op	olonal) o olo	re (e) (opoloii	9 - Não								
Danas diamentas Callaitada	_			J.I.			Nao Aciden					
Procedimentos Solicitado 34-Tabela 35 - Código		n 36 Descrição							37-Qtde Solic 3	8 Otdo Aut		
=			a au na audai	rtraca das		[40 A.I.	ilior Cirúraios					
	7.29.203 7.31.208	<u>Osteotomia</u>	-	ou pseudartrose dos [1º Auxiliar Ci [Anestesista								
22 3.07.31.208 Tenotomia			[Cirurgião]									
!	7.31.208			[Despesas Ho					ospitalares] 2 2			
22 _ 3.0	7.31.208	<u> Tenotomia</u>		[1º Auxiliar Cir								
		<u> </u>						!				
		J										
Dados da Autorização							1					
39 - Data Provável da Ad	missão Hospitala	ar 40 - Qtde. Dia	arias Autorizada:	s 41 - Tipo	da Acomodação Au	utorizada						
19/06/2024 2												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES												
04169712000190 ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER 2576341												
45 - Observação / Justificativa Favorável aos Procedimentos (Regime de Atendimento: Internação / Caráter de atendimento: Eletivo) Fornecedor(es): Arthrom												
ateriais autorizados no total de R\$ 7.320,00 Já incluindo a taxa de comercialização de Valor de Nota Fiscal conforme menor valor do. O faturamento de OPME será realizado via conta hospitalar conforme padrão do Saúde Caixa												
do. O	raturamento de	OPIVIE Sera reali	zado via conta	nospitalar c	ontorme padrao d	io Saude C	aixa					
46-Data da Solicitação	47	'-Assinatura do Pr	ofissional Solici	tante	48-Assinatura do	Beneficiári	o Responsável	49-Assinatura	do Responsável pel	a Autorização		
12/06/2024							-					