

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93920999

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora			02020	000				
343269			15-2				93920	1999				
1	4 - Data da Autorização 5 - Senha 31/01/2024 09:32		93920999	93920999 6 - Data de Validade da		na /2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			† †	alidade da Carteira	ı	9 - A	Atendimento o	de RN				
0050000032357420 23/09/2025							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JOAO BATISTA D	A SILVA	\										
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32 13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA												
14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23858			16 - Número do C 23858	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solici	itado / Dados	da Internação									
19 - Código na Operado				al / Local Solicitad	lo					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-3				UCARIA DE L						<u> </u>	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	· Tipo de Interna C	ção 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qtde.	Diárias S 1	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OP S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 3:	2 - CID 1	0(4) (opciona	al)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
									·		9	
Procedimentos ou Iter												22 21 1
34 - Tabela 35 - Cóo 1- 22 30726		ocedimento	36 - Descrição		PERIFER	ICAS C	RONICAS	- TR/	ATAMENTO CIR		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307330									O VIDEOARTRO			1
3- 22 307330			OSTEOCON	IDROPLASTIA	- ESTABII	LIZACA	O, RESSE	CCA	O E/OU PLASTI	A# 1		1
4- 22 307330	73		RECONSTR	UCAO, RETEN	NCIONAME	ENTO O	U REFOR	CO D	O LIGAMENTO	CR 1		1
5- 22 307312	216		TRANSPOS	ICAO DE MAIS	DE 1 TEN	NDAO -	TRATAME	ENTO	CIRURGICO	1		1
6- 18 600008									EIRO PRIVATIV			1
7- 18 600241	151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EG	QUIPAN	MENTO PA	RA A	RTROSCOPIA I	PAR 1		1
8-	_	.								_	_	
9-	 	 								-	_ 	
11- _	!! 	·!!! 								-	-11 	
12-											_ _	
Dados da autorização												
39 - Data provável da A		ospitalar 40.	Qtde Diárias Au	torizadas 141	- Tipo de Ac	omodacã	ão autorizada					
Jos Bala provaver da 7.	arriioodo rii	ospitalai 140	1	1	npo de no	omodaya	ao aatonzada					
42 - Código na Operado 08.271.755/0001-3		l autorizado	t	lospital / Local Aut		RINA L	TDA					44 - Código CNES 6074502
45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 31/01/2024 / Empresa / Titular: PEDRO MUFFATO & CIA LTDA												
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatu	ura do Be	eneficiário ou	Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93920999		93920999	31/01/2024 09:32	939209	3 99	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000032357420								
8 - Nome								
JOAO BATISTA DA SIL								
Dados do Profissional Solicit								
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
CIRO VERONESE DOS	SANTOS							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõ S835 Reconstrução Ligamer		emonstradas em exame físico	o e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico co	om urgência pois tem c	lores			
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriz	ado	
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00499293 80356130052	CA		O OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ 1		
2- 00 72320893	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			_ 1		
80044680067	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00 00597007	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	3		_ 3 _ _ , _		
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _				
4- 00 78898676	DIS	POSITIVO DE REPARACA	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	<u> </u> 2	,	_ 2 _ _ , _		
80044680449		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5- _					_ _ _ , _	_		
					_ _ _ _	_ _		
6- _			 		_	-! .		
	_			_ _ _				
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	71-2500 / Emitido em 31/	/01/2024 / Empresa / Titular: I	PEDRO MUFFATO & CIA LTDA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização			