

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93660993

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	ndora		036	60993				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dada da Sanha	330	00993				
08/01/2024 09:01 5 - Senha		93660993	93660993 6 - Data de Validade da 08		24						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			† †	lidade da Carteira		9 - Atendimen					
0050000002270091			01/0	3/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome	CALVES	3									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado NOME DE LONDRINA LTDA 13 - Nome do Contratado 13 - Nome do Contratado											
14 - Nome do Profissiona					15 - 0 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0 23858					18 - Código CBO 225270
			d= l=4==================================					23030		41	223270
Dados do Hospital / Lo 19 - Código na Operador				al / Local Solicitad	0			1	21 Dot	o cugorido n	ara Internação
08.271.755/0001-32		- 11		UCARIA DE L		TDA				2024 00:0	=
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Di	rias Solicitadas 1	26 - Pr	revisão de uso de OPN S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2)) (opcional)	11 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcie	onal)	33 - Indicação de Ar	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Iten									07	. 0.1. 0.1	00 011 4 1
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330		cedimento		IDROPLASTIA	- ESTABILIZ	ACAO. RES	SECCA	O E/OU PLASTIA		- Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307330								O LIGAMENTO			1
3- 22 307312	16		TRANSPOS	ICAO DE MAIS	DE 1 TEND	AO - TRATAI	MENTO	CIRURGICO	1		1
4- 18 600008	05		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS CON	/I BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
5- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQU	IPAMENTO F	PARA A	RTROSCOPIA P	AR 1		1
6- 7- _ _		_ 								_	
	 	 							- 	_ 	
9-		 _								_ _	
10-	ii	.—.—. _							i_	,, _	.—.—.—. _
11-		_ _							_	_	_
12-		_							L	_ _	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acom	odação autoriza	ida				
42 - Código na Operador	a / CNPJ	autorizado		ospital / Local Aut							44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 08/01/2024 / Empresa / Titular: LUIS FELIPE GONCALVES											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93660993		93660993	08/01/2024 09:01		93660993
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome	e Social					
0050000002270091							
8 - Nome	·						
LUIS FELIPE GONCAL	VES						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail		
CIRO VERONESE DOS	SANTOS						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando leső S835 Reconstrução Ligame		em exame físico e c	de imagem. Necessita de tratamento cirurgico				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293			O OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ 1		_ 1	,
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 72320893 80044680067			E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_ ,	_ 1	_ ,
3- 00			REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			I 1	,
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_ '	IIII ³ III
4- _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _				_	
	_ _ _ _	_ _ _ _			_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		Empresa / Titular: L	LUIS FELIPE GONCALVES				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional S	olicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		