

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94930983</b>	
4 - Data da Autorização <b>28/04/2024 10:57</b>	5 - Senha <b>94930983</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>27/06/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000062624850</b>	8 - Validade da Carteira <b>10/12/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>FELIPE GALDINO PEREIRA DOS SANTOS</b>		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>08.271.755/0001-32</b>		13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>26535</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>08.271.755/0001-32</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>29/04/2024 00:00</b>
22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO					
---	--	--	--	--	--

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>S835</b>	30 - CID 10(2) (opcional) <b>S835</b>	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	
---	--	---------------------------	---------------------------	---	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- <b>22</b>	<b>30726271</b>	<b>REVISÕES DE RECONSTRUÇÕES INTRA-ARTICULARES - TRATAMENTO CI</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUÇÃO, RETENCIÓNAMENTO OU REFORÇO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
4- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE 1 TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
5- <b>18</b>	<b>60000783</b>	<b>DIÁRIA DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dados da autorização							
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>08.271.755/0001-32</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>		44 - Código CNES <b>6074502</b>			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 28/04/2024 / Empresa / Titular: ELY GALDINO DOS SANTOS JUNIOR							
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		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 94930983

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94930983	4 - Senha 94930983	5 - Data da Autorização 28/04/2024 10:57	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94930983
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000062624850	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
FELIPE GALDINO PEREIRA DOS SANTOS

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM JOELHO ESQUERDO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO.  
ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante					
1- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	3		,       3		,
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	1		,       1		,
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-					,		,
					,		,
4-					,		,
					,		,
5-					,		,
					,		,
6-					,		,
					,		,

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 28/04/2024 / Empresa / Titular: ELY GALDINO DOS SANTOS JUNIOR

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---