

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93474691

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número o	do Guio Atribuí	ído pela Opera	ndoro							
343269	ia Guia Atribui	ійо реіа Орега	duora		934	74691				
4 - Data da Autorização 12/12/2023 11:20	Senha	93474691	6 - Data de Valid		ı					
12/12/2023 11:20 93474691 10/02/2024 Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 - Va	lidade da Carteira		9 - Atendiment	to de RN				
0050000039445154		01/10	0/2024		N	l .				
50 - Nome Social										
10 - Nome ADRIANA CHICONATO CORTEZ										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 07.142.188/0001-51	- 11	3 - Nome do C	ontratado CISCO INSTITU	ITO VIDA						
14 - Nome do Profissional Solicitante		AOTRANO	7,000 1110		- Conselho Profiss	sional 1	16 - Número do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
i	CIRO VERONESE DOS SANTOS)		23858		1 11	225270
Dados do Hospital / Local Solicitado	o / Dados da	Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 07.142.188/0001-51	11		al / Local Solicitado O INSTITUTO					1	sugerida pa 023 00:00	ra Internação
	o de Internação		ne de Internação		Diárias Solicitadas	26 - Prev	isão de uso de OPI			so de Quimioterápico
1	С		1		1		S			N
28 - Indicação Clínica S835 Reconstrução Ligamentar										
January January										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30	- CID 10(2) (o	opcional) 3	31 - CID 10(3) (opci	ional) 32	2 - CID 10(4) (opcid	onal) 3	3 - Indicação de A	cidente (aci	dente ou do	pença relacionada)
									9	
Procedimentos ou Itens Assistencia 34 - Tabela 35 - Código do Proced								37 -	Qtde. Solic	. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do Proced 1- 22 30733065		36 - Descrição R EPARO O l	U SUTURA DE I	UM MENIS	SCO - PROCED	IMENTO	VIDEOARTRO		Qide. Solic	1
2- 22 30733049			IDROPLASTIA -		•					1
3- 22 30733073 4- 22 30731216			UCAO, RETENO ICAO DE MAIS					CR 1 1		1
5- 18 60000805			QUARTO COLE							1
6- 18 60024151		ALUGUELT	AXA DE APARE	ELHO / EG	QUIPAMENTO F	PARA AR	TROSCOPIA F	PAR 1		1
7-	<u> </u>							!	<u> </u>	
8-	-								_	
9-	 							 	l—l—l I I I	
11-									,—,—, _	 _
12-	_							i_	<u></u>	
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão hospit	alar 40 - Qt	tde Diárias Aut 1	torizadas 41 -	Tipo de Ac	omodação autoriza	ida				
42 - Código na Operadora / CNPJ aut	orizado 43	3 - Nome do H	ospital / Local Auto	orizado						14 - Código CNES
07.142.188/0001-51 SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA 2729539										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 12/12/2023 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LO NDRINA										
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatur	ra do Profissior	nal Solicitante 4	18 - Assinatu	ıra do Beneficiário	ou Respons	sável 49 - Ass	inatura do F	Responsáve	l 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		93474691		93474691	12/12/2023 11:20		93474691	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000039445154								
8 - Nome								
ADRIANA CHICONATO	CORTEZ							
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		onstradas em exame físico e o	de imagem . necessita de tratamento cirurgico					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F			• •	_ 1		_ 1	_ _ ,	
80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 72320893 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC						1	_ ,	
2- 00 72320893 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGO 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICO				 		_ '		
3- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAR					_ 1			
80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICO						_ı	1-1-1-1-1/1-1-1	
4- 00 78898676	DIS	POSITIVO DE REPARACA	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D		 	_ 2	_ _ , _	
80044680449		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· ·				
5- _					_ _ _ , _	_	_ ,	
	_				_ _ _ _	_ _		
6- _					_ _ _ ,	_	_ _ ,	
	_							
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 12/12/2023 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA								
Telefone Contratació. (10)02113-0000 / Entitudo entital 12/12/2023 / Entituda. A0000 FARANALINOL DE ADMINIOTRADORES ESCOLARES AFADE SUB SEDE LONDRINA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			