

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92327403

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número da i	Guia Atribuído	nela Onera	dora								
343269	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						7403					
4 - Data da Autorização	5 - Se			6 - Data de Valid		i						
		2327403		24/10/	/2023							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   9 - Atendimento de RN												
7 - Número da Carteira   8 - Validade da Carteira   9 - Atendia   0050000004966107   12/10/2024								de KIN				
005000004966107   12/10/2024   N   50 - Nome Social												
10 - Nome	10 - Nome											
GABRIEL SOUZA PA	RRA											
Dados do Contratado Sol	icitante	10.0										
12 - Código na Operadora <b>08.271.755/0001-32</b>		11	Nome do Co	ontratado ARAUCARIA D	DE LONDI	RINA I	TDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante		OI IIAL A				elho Profissio	nal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CIRO VERONESE DO		S			- 11	06 23858			0.100.110	41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado /	Dados da Int	ternação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		I / Local Solicitado						11		ara Internação
08.271.755/0001-32			TAL ARA	UCARIA DE L	ONDRINA	A LTD	Α			18/09/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	11 '	e Internação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde.			26 - Pre	11		- Previsão de uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica		С		1		1			<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (opcio		CID 10(2) (opc	ional) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 3	2 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação de A	•	cidente ou d	oença relacionada)
34 - Tabela 35 - Código			- Descrição							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726190			•	AMENTARES	PERIFER	ICAS (	CRONICAS	S - TR	ATAMENTO CIR			1
2- 22 30733049							•		O E/OU PLASTI			1
3- 22 30733073 4- 22 30731216				CAO DE MAIS					O LIGAMENTO CIRURGICO	CR 1		1
5- 18 60000805									EIRO PRIVATI\			1
6- 18 60024151		AL	UGUELTA	XXA DE APAR	ELHO / E	QUIPA	MENTO PA	ARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
7-		-								-	_	
8-	 	-   								 	-   	_  
10-	    _	-ii -										_   _
11-	_ _ _									_	_	_ _ _
12-		_								_	_	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	ssão hospitala	ar   40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41 ·	- Tipo de Ac	omodaç	ão autorizada	a				
							44 - Código CNES <b>6074502</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 25/08/2023 / Empresa / Titular: JOSE FERNANDO BARREIROS PARRA  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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	92327403			92327403	25/08/2023 10:34	9232740	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nor	me Social					
0050000004966107							
8 - Nome							
GABRIEL SOUZA PAR	RA						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail		
CIRO VERONESE DOS	SANTOS						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõ S835 Reconstrução Ligame		das em exame físico	e de imegem. 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 00590045			ORMED - 001030306		,	_  2	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		1	_ ,
80044680067			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>		_  '	-  -  -
			REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			3	_ _ _ ,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1	IIIII
4-						_	
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		/ Empresa / Titular: ১	JOSE FERNANDO BARREIROS PARRA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional	Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		