

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94674136

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N 343269	úmero da Guia	Atribuído pela	Operadora		94674	1136				
4 - Data da Autorização 06/04/2024 13:1	5 - Senha	94674	l i	lidade da Senha 05/06/20	4					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Carteir	ra	9 - Atendimento	de RN	7			
0050000003651080			25/03/2025		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome VERA LUCIA DIOGO LIMA										
Dados do Contratado Solicit	ante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome	e do Contratado							
78.613.841/0001-61		ASSOC	IACAO EVANGEI	LICA BENEFI	ENTE DE LO	ONDRINA	1			
14 - Nome do Profissional Soli	citante			15 - C	15 - Conselho Profissional 16 - Número o			Conselho 17 - UF 18 - Código		18 - Código CBO
GUILHERME OGAWA				06	06 29657				41	225295
Dados do Hospital / Local S		os da Interna	ção							
19 - Código na Operadora / CN	- 11		Hospital / Local Solicita					1		ara Internação
78.613.841/0001-61		ASSOCIAC	AO EVANGELICA	A BENEFICEN	TE DE LOND	RINA		18/04/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação 24 -	Regime de Internação 1	11	ias Solicitadas	26 - Previsã	io de uso de OPN	ИЕ 27 - F	Previsão de I	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RIZARTROSE POLEGAR D										
29 - CID 10 Principal (opcional	) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	pcional) 32 - (	ID 10(4) (opciona	al) 33 -	Indicação de Ar	cidente (ad	cidente ou d	loença relacionada)
									9	
Procedimentos ou Itens Ass			orioão					27	Otdo Soli	in 29 Otdo Aut
34 - Tabela 35 - Código do 1- <b>22 30731097</b>	Procedimento	36 - Des	crição LISE NO TUNEL OS	STEOFIBROSO				5	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. <b>5</b>
2- 22 30721229		_	CCAO DE OSSO I			CIRURGI	ICO	1		1
3- <b>22 31403360</b>		TRATA	MENTO MICROCI	RURGICO DAS	NEUROPATI	AS COMI	PRESSIVAS	(TU 1		1
4- 18 60000554		DIARIA	DE APARTAMEN	NTO SIMPLES				1		1
5-   _	.							_	_	
6-									_	_ _ _
7-	.								-	<u> </u>
8-	.l							_	-	
10-	 								-   	
11-	·!!!! 							- 	-11 	
12-								i_		
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissã	o hospitalar	40 - Qtde Diári	ias Autorizadas 4	1 - Tipo de Acomo	dação autorizada	a				
			11	2						
42 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61	NPJ autorizado	11	e do Hospital / Local Au		ENTE DE LO	ONDRINA	1			44 - Código CNES <b>2550792</b>
45 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/04/2024 / Empresa / Titular: VERA LUCIA DIOGO LIMA										
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do Pro	ofissional Solicitante	48 - Assinatura	o Beneficiário ou	ı Responsá	vel 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



## **TESES E** 2 - № Guia no Prestador



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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenc	ciada <b>94674136</b>	4 - Senha	94674136	5 - Data da Autorização 06/04/2024 13:16	6 - Número da Guia atribuíd	do pela Operadora <b>94674136</b>
Dados do Beneficiário		34074130		94074130	00/04/2024 13:10		34074130
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000003651080		25 Home Costa					
8 - Nome							
VERA LUCIA DIOGO L	IMA						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	I - E-mail		
GUILHERME OGAWA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica			STENOSANTE DOS 5 DEDOS + RIZARTROSE DO	POLEGAR DIREITO.	ENCAMINHO PRA TTO CIRÚRO	SICO.	
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 76219950</b>		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00</b> 76219950 10247700118	EAF		CULACAO - 311-2000 - MINI EXPERT - MINI CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_  - - - - - - - - - - - - - - - - -	_  1	,
2-		ARTHROM COMER	310 32 IIIII 27111 23011 01 2310002 1371			_	,
	 				_	-ı ı—ı—ı _ll	1111/111
3-	_ _ _				_	_	_ _ , _
	_ _ _				_	_	
4-   _	_ _ _				_		,
	_ _ _				_ _ _ _	_	_ _ ,
					_	_	-
6-		IIIIII				_,, _	_ _ , _
	_ _ _						
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		04/2024 / Empresa / Titular:	VERA LUCIA DIOGO LIMA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		