

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94015238

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	· Número da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269							94015	238				
4 - Data da Autorização 08/02/2024 09	5 - Senha		1015238	6 - Data de Val		Senha <b>04/2024</b>						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	а	9 -	Atendimento d	de RN				
0050000035907463 25/06/2025				3/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome LUCAS CARLOS DOS SANTOS												
Dados do Contratado Soli	citante											
12 - Código na Operadora		H	Nome do Co									
08.271.755/0001-32		НО	SPITAL A	RAUCARIA	DE LON			. 10			1	
14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23858			- Número do Co 3858	onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local			•									
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Internação   15/02/2023 00:00   15/02/2023 00:00									-			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qt	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Previs	ão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura d	11											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (		10(2) (opci	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada <b>9</b>			oença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Sol	icitados										
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	do Procedimento	RE OS DIA	TEOCON ARIA DE ( UGUELT <i>A</i>	J SUTURA DE DROPLASTIA QUARTO COI AXA DE APAR	A - ESTA LETIVO   RELHO /	BILIZAC DE 2 LEI EQUIPA	AO, RESSE TOS COM E MENTO PA	ECCAO E BANHEIF RA ART	E/OU PLASTI RO PRIVATIV ROSCOPIA F	SC 1 A # 1 O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1
Dados da autorização  39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodac	ão autorizada					
			1	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  08.271.755/0001-32  43 - Nome do Hospital / L  HOSPITAL ARAUC					IDRINA I	_TDA					44 - Código CNES <b>6074502</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 08/02/2024 / Empresa / Titular: MARAJO BELLA VIA AUTOMOVEIS LTDA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	II 47 - As	ssinatura c	to Profission	al Solicitante	148 - Assir	natura do E	Beneficiário ou	Responsá	vel II 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



## E 2 - Nº Guia no Prestador



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

	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	94015238		94015238	08/02/2024 09:32		94015238
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000035907463						
8 - Nome						
LUCAS CARLOS DOS	SANTOS					
Dados do Profissional Solic	itante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	1	I - E-mail		
CIRO VERONESE DOS	SANTOS					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõ S832 Reparo ou Sutura de	es em joelho direito, demonstradas em exame físico e omenisco	de imagem. Necessita de tratamento cirurgico				
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293		O OB F 2,9X5,5MM 892350000			_  1	_ ,
80356130052		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- <b>00</b> 78898676 80044680449		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ ,	_  1	_ ,
3-	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSETDA		_	1 1 1 1 1	_ _ ,
					-I	
4-					 -	_ _ , _
	_ _ _			_	-ı ı—ı—ı—ı _ll	III''II
5-					 _	_ _ , _
6-	_ _ _		_   _ -	_	_	_ _ , _
				_	_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	371-2500 / Emitido em 08/02/2024 / Empresa / Titular: I	MARAJO BELLA VIA AUTOMOVEIS LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		