

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90975947

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	a Atribuído	pela Operad	dora				1			
343269			, ,			9	0975947				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 26/04/2023 10:26			6 - Data de Validade da 9			Senha /06/2023					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	idade da Carteira		9 - Atendim	nento de RN	I			
0050000006496965 09/02/2025				2/2025			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome FABIO LUCIO DE SOUZA											
Dados do Contratado Solic	itante										
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Co	ontratado							
78.614.971/0002-08		IRM	ANDADE	DA SANTA	CASA DE	LONDRINA	HOSPITA	AL MATER DEI			
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO SHIGUENOBU KANASHIRO					11			16 - Número do C 5460			18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	dos da Int	ernação								
19 - Código na Operadora / C	NPJ			I / Local Solicitade					11		ra Internação
78.614.971/0002-08		IRMANI	DADE DA	SANTA CAS	SA DE LO	NDRINA HO	SPITAL N	MATER DEI	04/05/20	23 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qtde	. Diárias Solicitad 1	las 26 - P	revisão de uso de OF N	PME 27 - Pre		o de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica PCTE C LESÃO DE MENIS					-1 !						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (10(2) (opci	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacio			ença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados					,				
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	RE OS DIA	TEOCONI ARIA DE (UGUELT <i>A</i>	DROPLASTIA QUARTO COL	- ESTABI ETIVO DE ELHO / E	LIZACAO, RI E 2 LEITOS C QUIPAMENT	ESSECCA OM BANH O PARA A		OSC 1 IA# 1 VO 1		38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Ad	comodação auto	rizada				
42 Cádigo po Ozerada y 46	ND Louis de de		1	1	ovizod-						4 Cádias CNEO
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0002-08 43 - Nome do Hospital IRMANDADE DA			•		LONDRINA	HOSPITA	AL MATER DEI		- 11	4 - Código CNES 2577704	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / En	nitido em 26/04							ionsável 49 - As			



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	90975947		90975947	26/04/2023 10:26	9097594			
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000006496965								
8 - Nome								
FABIO LUCIO DE SOU	ZA							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	1 - E-mail				
MAURICIO SHIGUENO	BU KANASHIRO							
Dados da cirurgia								
	SCO LATERAL E LESÃO CONDRAL DE JOELHO ESC CO LATERAL E LESÃO CONDRAL DE JOELHO ESC							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET	FORMED - 001030306 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _ , _		
2- 00 78898676		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_ _ 3		_ 3			
80044680449		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_1 3			
3-					_	,		
4-	_ _ _			_ _ _ , _	_	_,		
5-				_	_	,		
				_ _ _ _	 	,		
					-I	IIII ¹ II		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 26/04/2023 / Empresa / Titular: FABIO LUCIO DE SOUZA								
. S.O.O.IO COMITAGAGO. 7 EIII								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				