

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95250254

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N 343269	lúmero da Guia	Atribuído pela (Operadora		95250254	1			
4 - Data da Autorização 24/05/2024 15:	5 - Senha	95250	l t	idade da Senha 23/07/202 4	1				
Dados do Beneficiário			1						
7 - Número da Carteira		3	3 - Validade da Carteira	a 9	- Atendimento de R	N			
0050000001942630			14/04/2025		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome JULIETA CLAUDIA DA	SILVA MON	IIS							
Dados do Contratado Solicit	ante								
12 - Código na Operadora		13 - Nome	do Contratado						
08.271.755/0001-32		HOSPIT	AL ARAUCARIA	DE LONDRINA	LTDA				
14 - Nome do Profissional Soli	citante			15 - Coi	selho Profissional	16 - Número do C	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIR	os		06		26535		41	225270
Dados do Hospital / Local S	olicitado / Dad	os da Internaç	ão						
19 - Código na Operadora / Ch	11		ospital / Local Solicitad				11		ara Internação
08.271.755/0001-32		HOSPITAL A	ARAUCARIA DE I	LONDRINA LT	DA		27/05/2	2024 00:0	00
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - I	Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diária	11	Previsão de uso de OF S	PME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ARTROSE PRIM DE OUTR									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	cional) 32 - CI	D 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (ac	cidente ou d	doença relacionada)
M190	M190							9	
Procedimentos ou Itens Ass	istenciais Solid	citados							
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30726239 2- 22 30726034	Procedimento		rição HAMENTOS DO A PLASTIA TOTAL I				GIC 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
3- 18 60000805		DIARIA	DE QUARTO COI	LETIVO DE 2 LI	EITOS COM BAN	HEIRO PRIVATI	/O 3		3
4- _	.						_	_	_ _ _
5- _	.						_	_ _	_
6-	.						<u> </u> _	_	
7- _	.						_	_	
8- _ _ _ _ _ _ _ _ _	. 							-lll	
10-	. 						 	-lll -l l l	
11-	·!!!! 						 	-11 	
12-	 						 _		 _
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissã	io hospitalar	40 - Qtde Diária	s Autorizadas 41	l - Tipo de Acomod	ação autorizada				
	.		3 1						
42 - Código na Operadora / C 08.271.755/0001-32	NPJ autorizado	11	do Hospital / Local Au		LTDA				44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa								I	6074502
Telefone Contratado: (43)3									6074502
	371-2500 / Em	nitido em 24/05	i/2024 / Empresa / Ti	itular: JULIETA C	LAUDIA DA SILVA	MONIS			6074502
	371-2500 / Em	iitido em 24/05	7/2024 / Empresa / Ti	itular: JULIETA C	LAUDIA DA SILVA	MONIS			6074502



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

2 - Nº Guia no Prestador **95250254**

4 Denistre ANC	3 - Número da Guia Referen	ala da	4 - Senha		T Data da Autoriana a	C. Número de Orde stable dels	ala Casadara		
1 - Registro ANS 343269	3 - Numero da Guia Referer	95250254	4 - Senna	95250254	5 - Data da Autorização 24/05/2024 15:56	6 - Número da Guia atribuído p	95250254		
Dados do Beneficiário		******			- 11001-121110100				
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000001942630									
8 - Nome									
JULIETA CLAUDIA DA	A SILVA MONIS								
Dados do Profissional Soli									
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	.,	11 - E-mail				
RODRIGO SERIKAWA	A DE MEDEIROS								
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica									
PACIENTE APRESENTAT ARTROSE PRIM DE OUT		O DIRETTO, DEMONSTRAD	AS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. NECESS	SITA DE TRATAMENT	O CIRURGICO PARA COLOCAÇÃ	AO DE PROTESE. PEÇO RE	VALIDAÇAO DA GUIA (941)		
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Ma		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento					
1- 00 73990930 80044680277		COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ 1	_ ,		
2- 74906119 8 004468027 6	со	MPONENTE TIBIAL META	LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	1 1		_ 1	,		
3- 74902318	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	_ 1		_ 1	,		
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 72397888	CIN		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	_ 1	_ _ ,	_ 1			
10243070062 5-	_ _	ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_	_ _ , _		
_ _ 6- _	_ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ , _		
<u> </u>						_ _			
24 - Especificação do Materia	al								
25 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)		05/2024 / Empresa / Titular: 、	JULIETA CLAUDIA DA SILVA MONIS						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização				