

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91454574

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										
		E Conho		6 Data da Valid	dada da Canh		134314				
4 - Data da Autorização 5 - Senha <b>06/06/2023 12:28</b>		91454574	91454574 6 - Data de Validade da 05		2 <b>023</b>						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	_		† †	llidade da Carteira	ı	9 - Atendime					
0050000004059584	4		04/1	1/2024			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome <b>DEVAIR LEONARI</b>	OO PER	UZZI NETO									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 08.271.755/0001-3			13 - Nome do C	ontratado ARAUCARIA D	DE LONDR	INA LTDA					
t	14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS						15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>23858</b>			17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado				al / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-3	2	нс	SPITAL ARA	UCARIA DE L	ONDRINA				03/07/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer	nto   23 -	Tipo de Interna <b>C</b>	ção   24 - Regin	ne de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. I	Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Pi	revisão de uso de OPI <b>S</b>	ME    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica S835 Reconstrução Li			<u> </u>								
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	- CID 10(4) (opc	ional)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loonea relacionada)
23 - CID TO Fillicipal (O	ocional)	30 - CID 10(2	(opcional)	70(3) (OPC	Diorial) 32	- CID 10(4) (opc	ioriai)	33 - Mulcação de A	cidente (a	9	oeriça relacionada)
Procedimentos ou Iter											
		ocedimento			LIM MENIC	CO BROCE	SIMENT	O VIDEO A DEDO		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330 2- 22 307330								O VIDEOARTRO .O E/OU PLASTI/			1
3- <b>22 30733</b> 0						•		O LIGAMENTO			1
4- 22 307312				ICAO DE MAIS					1		1
5- 18 600008	305		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE	2 LEITOS CO	M BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
6- <b>18 60024</b> 1	151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQ	UIPAMENTO	PARA A	ARTROSCOPIA P	PAR 1		1
7-   _	_ _ _									_	
8-   _	!!									_	_ _ _
9-   _		_								_	
10-  _		-   								_	
11-          12-	 	.    							- 	-   	 
											111
Dados da autorização 39 - Data provável da Ad		nenitalar 1 40	Qtde Diárias Au	torizadae A4	- Tipo de Aco	modação autoriz	ada				
39 - Data provaverda Ar	JIIIISSAU III	USPITATAT   40 ·	1	1	- Tipo de Aco	modação autoriz	aua				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502										=	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 06/06/2023 / Empresa / Titular: SILVIA REGINA DA SILVA PERUZZI											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatu	ra do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 0 11	- Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	· · ·				
343269		91454574		91454574	06/06/2023 12:28		91454574				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000004059584											
8 - Nome											
DEVAIR LEONARDO PERUZZI NETO											
Dados do Profissional Solicita			Talefore	714	4. E il						
9 - Nome do profissional solicitar CIRO VERONESE DOS S			10 - Telefone		1 - E-mail						
	PANTOS										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões	s em joelhoe squerdo, de	monstradas em exame físico	o e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico	)							
S835 Reconstrução Ligament	ar		-								
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materia		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento							
			ORMED - 001030306	1	_ _ _ ,	_  1					
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 00 78898676	DIS	POSITIVO DE REPARACA	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO	O  _  3	_ _ _ ,	_  3	_ _ , _				
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _	_ _ _ _						
3- 00 00597007	PAR		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1		_  1	,				
80044680085	510		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 00 72320893 80044680067	DIS		E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	_ _ , _				
5-		AKTHKOW COMEK	CIO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETDA	 			,				
		111111		-		I	IIII''III				
6-				_		 _	_ _ _ ,				
						 _ _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 06/06/2023 / Empresa / Titular: SILVIA REGINA DA SILVA PERUZZI											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						