

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95344076

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númer	ro da Guia Atı	ribuído pela Oper	adora			050	4.4070				
343269				11			9534	14076				
4 - Data da Autorização 5 - Senha <b>04/06/2024 11:13</b>		95344076	95344076 6 - Data de Validade da 03/		Senha 08/2024							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			† 1	alidade da Carteira		9 -	Atendiment					
0050000031832256			09/0	2/2026			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
DENISE TEIXEIRA	REBELL	.0										
Dados do Contratado S	Solicitante											
12 - Código na Operador	а		13 - Nome do 0									
78.614.971/0001-19	)		IRMANDAD	RMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA								
14 - Nome do Profissiona	al Solicitant	е					elho Profissi	ional	16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
FABIO FRAGA MA	LULI DE	OLIVEIR A	4		06		39832		41	225270		
Dados do Hospital / Lo	cal Solicita	ado / Dados	da Internação									
19 - Código na Operador	a / CNPJ	20	- Nome do Hospi	tal / Local Solicitado	0					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001-19	)	IR	MANDADE D	A SANTA CAS	A DE L	ONDRIN	IA					
22 - Caráter do Atendimen	to 23 - 1	Fipo de Interna	ação 24 - Regir	ne de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OF	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1		1			S			
28 - Indicação Clínica					'							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) \$832			2) (opcional)	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad			loença relacionada)
Procedimentos ou Iten	o Assistan	oioio Colinita	ndoo									
34 - Tabela 35 - Cód			36 - Descrição	<b>.</b>						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330		cumento	•	, OMIA PARCIAL	ou su	BTOTAL	- PROCE	DIMEN	ITO VIDEOART		Qide. Oon	1
2- 22 307330	57		MENISCEC	TOMIA - UM ME	ENISCO	- PROC	EDIMENT	O VIDE	OARTROSCOP	PICO 1		1
3- <b>18</b> 600003	84		DIARIA DE	ACOMPANHAN	NTE CO	M REFEI	CAO CON	/IPLET	A	1		1
4- 18 600008	05		DIARIA DE	QUARTO COLI	ETIVO I	DE 2 LEI	TOS COM	IBANH	IEIRO PRIVATI	/0 1		1
5- 18 600241			ALUGUEL1	AXA DE APARI	ELHO/	EQUIPA	MENTO P	ARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
6-   _	_ _ _	_ _ _									_	
7-										-	_	
9-	- 									:-		 
10-											_   	 
11-											_,, _	
12-	_i_i_i_i									i_	_	 
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ad	missão hos	spitalar 40	- Qtde Diárias Au	itorizadas 41 -	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	da				
42 - Código na Operado:	a / CND La	autorizado			nrizado						<del></del> 11	44 - Código CNES
								2580055				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 /**** EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA **** / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DA COHAB LD												
46 - Data da Solicitação		]   47   Ac-:-	osturo do Droficalio	and Calinitants	49 Ag-i-	-t d- D	lonoficiório	nu Poor	pnoóusi 40 As		Deanans to	al mala Autorina são





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referencia	ada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95344076						
343269		95344076		95344076	04/06/2024 11:13							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira	[2	29 - Nome Social										
0050000031832256												
8 - Nome												
DENISE TEIXEIRA REBELLO												
Dados do Profissional Solic	tante											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	- E-mail							
FABIO FRAGA MALUL	I DE OLIVEIRA											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica EM ANEXO LESAO MENISCAL MEDIA **** EQUIPO 4 VIAS - PAG	L E SINOVITE / BURSITE SU D EM CONTA ****	UPRA PATELAR EM JOEL	.HO ESQUERDO									
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M		escrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário A	utorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento							
1- <b>00226041 80514500020</b>	EQUI	PO DE IRRIGAÇÃO ODI	HON MOD 170101030201			_  1	_					
2- <b>00 00499218</b>	CANL	JLA MICRODEBRIDACA	O AMC F 2,4X4,5MM 891630000			_  1						
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
3-				_  _   _	_	_	_					
	_ _ _					_						
4-   _				_	_	_!	_ _					
	_ _ _				_ _ _ _							
<sup>3-</sup>   _	_ _ _				_	_	_					
6-	<del> _ </del>	IIIIII					11					
	 _ _ _ _											
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa Telefono Contratedo: (43)2272 1500 / Emitido em 04/05/2024 /**** FOLIDO 4 VIAS - DACO EM CONTA **** / Empreso / Titulor: ASSOCIAÇÃO DOS ELINCIONADIOS DA CONTA LO												
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 /**** EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA **** / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DA COHAB LD												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profi	ssional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							