



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador: 26961012092333270106

1 - Registro ANS 338648	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização 29/09/2023
5 - Senha 4933493205	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4933493	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 28710501	8 - Nome LUCIA HELENA DA ROSA GAROFALO
------------------------------------	---

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado				
11 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	12 - Conselho Profissional CRM	13 - Número no Conselho 17905	14 - UF PR	15 - Código CBO	

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas 0	17 - Tipo da Acomodação Solicitada
--	------------------------------------

18 - Indicação Clínica DOR + DEFORMIDADE JOELHO ESQUERDO SEM MELHORA CLINICA

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut.
1 20	90206584	A CURITYBINA - Cx. 1 fr.	1	1
2 19	73992089	COMPONENTE FEMORAL LPS OPTION DIREITO TAM F NEXGEN - COMPONENTE FEMORAL LPS OPTION DIREITO TAM F NEXGEN	1	1
3 19	74902296	INSERTO ARTICULAR LPS-FLEX CD 3-4 10MM - INSERTO ARTICULAR LPS-FLEX CD 3-4 10MM	1	1
4 19	100630065	COMPONENTE BASE TIBIAL - COMPONENTE BASE TIBIAL	1	1
5 19	71826718	CIMENTO OSSEO REFOBACIN PLUS 1X40 G - CIMENTO OSSEO REFOBACIN PLUS 1X40 G	2	2

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas 0	25 - Tipo da Acomodação Autorizada
--	------------------------------------

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa Aprovado 1 kit artroplastia de joelho ARTHROM negociação e pagamento direto ao fornecedor LIBERAÇÃO REG. SERVIÇO : G.'4933493' PRES: '26961012092333270106' TELEFONE DO LOCAL DE ATENDIMENTO: 43 - 33770900 Endereço Prestador: AV HIGIENOPOLIS - 2600, PARQUE GUANABARA, LONDRINA, PR - 86.050-000
--

28 - Data da Solicitação 12/09/2023	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---