

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93300722

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	nero da Guia At	ribuído nela Oner	adora							
343269							00722				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid							
27/11/202			93300722		26/01/202	1					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0050000004254689	9		11	alidade da Carteira 14/2025		- Atendiment					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
SEBASTIAO GILD	O ESTE	VES									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 08.271.755/0001-3			13 - Nome do 0	Contratado ARAUCARIA D	OF LONDRINA	ΙΤDΔ					
14 - Nome do Profission		inte	HOOFITAL	ANAGOANIA		selho Profissi	ional	16 - Número do 0	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
JULIO DE CASTR					06	† †		00.100.110	41	225270	
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	citado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado		1.1		tal / Local Solicitado					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-3				AUCARIA DE L	ONDRINA LT	DA					
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna	ação 24 - Regir	ne de Internação	25 - Qtde. Diári	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de O	PME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
2		С		1	1			S			
28 - Indicação Clínica EM ANEXO											
											•
											•
											•
29 - CID 10 Principal (or	ncional)	30 - CID 10(2	2) (oncional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de	Acidente (a	ridente ou c	loença relacionada)
S833	olorialy	00 012 10(2	z) (opolonal)	01 012 10(0) (000	101(1)	5 10(1) (opoio	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	oo malaayaa aa	riolaerite (a	9	iooniga rolaoloniada)
Procedimentos ou Iter	ns Assiste	nciais Solicita	ados								
34 - Tabela 35 - Cóo	digo do Pr	ocedimento	36 - Descrição)					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330				TOMIA - UM ME							1
2- 22 307330				NDROPLASTIA		•					1
3- 22 307330 4- 22 307330				OMIA TOTAL - I RUCAO, RETEN							1
5- 18 600003				ACOMPANHAN					1		1
6- 18 600008				QUARTO COL							1
7- 18 60024 ²	151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
8-	_ _ _	_							L	_	<u> </u>
9-	_ _ _	_							<u> </u> -	_	
10-	_	_							-	_	
12-		-III -							_	_!!! _	
Dados da autorização									,		,,_,
39 - Data provável da A		ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	itorizadas 41	- Tipo de Acomoc	ação autorizad	da				
			1	1							
42 - Código na Operado	ra / CNP	J autorizado	43 - Nome do H	Hospital / Local Auto	orizado						44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 27/11/2023 / Empresa / Titular: ADRIANA CRISTINA DOS REIS SPINA ESTEVES											
Telefonie Contratado: (40)007 1-2000 / Etinido etil 27/11/2020 / Etilpiesa / Titulat. ADRIANA ORIOTINA DOS REIS SPINA ESTEVES											
[10, B.;				10.55	10. 1	D	_			D	
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura de	beneticiario (ou Kespo	onsavei 49 - As	ssinatura do	kesponsáv	el pela Autorização





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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	93300722		93300722	27/11/2023 09:30		93300722			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000004254689									
8 - Nome									
SEBASTIAO GILDO EST	TEVES								
Dados do Profissional Solicit	ante								
9 - Nome do profissional solicita		10 - Telefone	11	- E-mail					
JULIO DE CASTRO NET	0								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica EM ANEXO EM ANEXO									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		vial no fabricanto		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mater1- 00 00608459		ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 2				
80082910131		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_ 4	IIIII			
2- 00 100066879		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	2		_ 2				
81288540024	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _		_ .				
3-	_ _ _			_	_	_ _ , _			
					_ _				
4- _	<u> _ _ _ </u>			_	_	,			
				_ _ _ _	_				
5- _	!			_	_	_ ,			
6-	- -	-		_ _ _ _	 _				
				_	-ı ı—ı—ı—ı _ll	1111'111			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 27/11/2023 / Empresa / Titular: ADRIANA CRISTINA DOS REIS SPINA ESTEVES									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					