

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95123639

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número	o da Guia Atri	huído nela Onera	adora								
343269	11				9512	3639						
4 - Data da Autorização	11	5 - Senha		6 - Data de Vali								
14/05/2024 1	9:24		95123639		13/07/	2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000061610545												
50 - Nome Social												
10 - Nome												
AMANDA FERNANDI	ES DE	OLIVEIRA										
Dados do Contratado Sol	icitante											
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32			13 - Nome do C	contratado ARAUCARIA I	DE LONDE	DINIA I	TDA					
14 - Nome do Profissional S	Colicitante		HOSPITAL /	AKAUCAKIA I				nal I	16 - Número d	o Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
CIRO VERONESE DO					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 23858			o Conseino	41	225270	
Dados do Hospital / Loca	l Solicita	ado / Dados	da Internação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	20 -	Nome do Hospit	al / Local Solicitad	do					21 - Dat	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32		но	SPITAL ARA	UCARIA DE L	ONDRINA	A LTD	4			15/05/	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - T	ipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde.		Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de	OPME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica		С		1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcio	11	30 - CID 10(2)) (opcional)	31 - CID 10(3) (opo	cional) 32	2 - CID '	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação c	le Acidente (a		loença relacionada)
S832		S832									9	
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			36 - Descrição							37	' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065		ouon	•	U SUTURA DE	UM MENIS	sco -	PROCEDI	MENTO	O VIDEOART		4140.00.	1
2- 22 30733049				IDROPLASTIA			AO, RESSI	ECCA	O E/OU PLAS			1
3- 18 60000783 4- 18 60024151				HOSPITAL DIA			MENTO D	. D A A	DTDOSCODI	1 A PAR 1		1
5-	1.1	1 1 1	ALUGULLI	AAA DE AFAN	CLIIO / LG	ZUIF AI	WILITO FA	111A A	KTROSCOFI	A FAN I	1 1 1	
6-	;; _										_ _	 _
7-	_ _ _	_ _ _								<u> </u> _	_	
8-1-1 1-1-1-1-1 1-1-1-1												
9-	- 									_ 	_ 	
11-	 	 									_ _	 _
12-	_ _ _	_ _ _									_	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admi:	ssão hos	pitalar 40 -	Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41	- Tipo de Aco	omodaç	ão autorizada	а				
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 14/05/2024 / Empresa / Titular: VANGUARD HOME EMPREENDIMENTOS IMOBILIARIOS LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora							
343269	95123639		95123639	14/05/2024 19:24		95123639					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social										
0050000061610545											
8 - Nome											
AMANDA FERNANDES DE OLIVEIRA											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	I - E-mail							
CIRO VERONESE DOS	SANTOS										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM JOELHO ESQUERDO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICOS E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO. RUPTURA DO MENISCO ATUAL											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento							
1- 00 78898676 80044680449		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 3	_ ,_ ,_ ,_	_ 3	_,					
2- 00 00499293		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000			1	,					
80356130052		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	1111'111					
3-					_	,					
				_ _ _ _	_ _						
4-	_ _ _			_	_	_,					
			.	_ _ _ _ _	_						
5- _ _ _				_	_	_,					
	-				 -	,					
	_ _ _			_	-i	1-1-1-1-171-1-1					
24 - Especificação do Materia											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 14/05/2024 / Empresa / Titular: VANGUARD HOME EMPREENDIMENTOS IMOBILIARIOS LTDA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							