



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94073628**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94073628	
4 - Data da Autorização 15/02/2024 11:20	5 - Senha 94073628	6 - Data de Validade da Senha 15/04/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0050000008991742	8 - Validade da Carteira 29/07/2025	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica DOR INTENSA NO QUADRIL DIREITO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR						
29 - CID 10 Principal (opcional)		30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- 22	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA	1	1	
2- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1	
3- []	[]		[]	[]	
4- []	[]		[]	[]	
5- []	[]		[]	[]	
6- []	[]		[]	[]	
7- []	[]		[]	[]	
8- []	[]		[]	[]	
9- []	[]		[]	[]	
10- []	[]		[]	[]	
11- []	[]		[]	[]	
12- []	[]		[]	[]	

Dados da autorização							
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA		44 - Código CNES 2550792			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 15/02/2024 /02 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - material pago em conta ho spitalar / Empresa / Titular: DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI							
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94073628	4 - Senha 94073628	5 - Data da Autorização 15/02/2024 11:20	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94073628
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000008991742	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

EM ANEXO

DOR INTENSA NO QUADRIL DIREITO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

02 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - material pago em conta hospitalar

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 80044680308	00687022	PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30MM 00-6250-065-30 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
2- 80743230039	00642339	CONJUNTO CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 00 80044680269	74900994	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 00 80044680261	74898680	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- 00 80044680259	73984736	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
6- 00 80044680330	74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 15/02/2024 /02 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 94073628

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94073628	4 - Senha 94073628	5 - Data da Autorização 15/02/2024 11:20	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94073628
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000008991742	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
EM ANEXO
DOR INTENSA NO QUADRIL DIREITO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR
02 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - material pago em conta hospitalar

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante					
7- 00	00506605	CIMENTO OSSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G	2		,	2	,
80005430445		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
8- 00	73996475	HASTES FEMORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10	1		,	1	,
80044680303		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
9-					,		,
					,		,
10-					,		,
					,		,
11-					,		,
					,		,
12-					,		,
					,		,

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 15/02/2024 /02 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---