



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95450372**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95450372
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 13/06/2024 10:45	5 - Senha 95450372	6 - Data de Validade da Senha 12/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000005919676	8 - Validade da Carteira 01/10/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome JOSE CARLOS FERREIRA LOPES
--

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 02/07/2024 00:00
--	--	---

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 N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica DORES EM QUADRIL

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	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	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 12
---	---	---

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 13/06/2024 /***** 03100367 - LAVAGEM PULSATIL WZ-WDS-01 - Anvisa: 80769979003 - Referência: WZ-WDS-01 - Q tde: 1 - *****MATERIAL NÃO PADRONIZADO PARA CLIENTES LONDRINA - SUBSTITUIR PELO AMTERIAL 02 SERINGAS DE 60 ML - MATERIAL DE CONSUMO IN CLUSO EM TAXA HOSPITALAR / Empresa / Titular: JOSE CARLOS FERREIRA LOPES
--

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 95450372	4 - Senha 95450372	5 - Data da Autorização 13/06/2024 10:45	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95450372
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000005919676	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

JOSE CARLOS FERREIRA LOPES

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

DOREM EM QUADRIL

DORES EM QUADRIL

***** 03100367 - LAVAGEM PULSATIL WZ-WDS-01 - Anvisa: 80769979003 - Referência: WZ-WDS-01 - Qtde: 1 - *****MATERIAL NÃO PADRONIZADO PARA CLIENTES LONDRINA - SUBSTITUIR PELO AMTERIAL 02 SERINGAS DE 60 ML - MATERIAL DE CONSUMO INCLUSO EM TAXA 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- 80044680259	73983683	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"/>
2- 80044680269	74898957	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 80044680330	74004093	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 80044680261	74898337	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- 80802410009	75572974	CIMENTO ORTOPEDICO COM ANTIBIOTICO - SUBITON - 880200 - TIPO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
6- 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"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 13/06/2024 /***** 03100367 - LAVAGEM PULSATIL WZ-WDS-01 - Anvisa: 80769979003 - Referência: WZ-WDS-01 - Qtde: 1 - *****MATERIAL NÃO PADRONIZADO PARA CLIENTES LONDRINA - SUBSTITUIR PELO AMTERIAL 02 SERINGAS DE 60 ML - MATERIAL DE CONSUMO INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR / Empresa / Titular: JOSE CARLOS FERREIRA LOPES

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização