



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94475700**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94475700
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 20/03/2024 10:12	5 - Senha 94475700	6 - Data de Validade da Senha 19/05/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 005000000717781	8 - Validade da Carteira 19/07/2024	9 - Atendimento de RN N
--	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome MARIA ISABEL GARCIA GHIRALDI
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 24650	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 01/04/2024 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 DOR NO QUADRIL ESQUERDO ARTROSE AVANÇADA
--

29 - CID 10 Principal (opcional) M169	30 - CID 10(2) (opcional) M169	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- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 78.614.971/0001-19	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	44 - Código CNES 2580055
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 20/03/2024 / Empresa / Titular: JOAO CARLOS GHIRALDI

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 94475700	4 - Senha 94475700	5 - Data da Autorização 20/03/2024 10:12	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94475700
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000000717781	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome	MARIA ISABEL GARCIA GHIRALDI
----------	------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica	
DOR NO QUADRIL ESQUERDO / ARTROSE AVANÇADA	
DOR NO QUADRIL ESQUERDO ARTROSE AVANÇADA	

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-	00506605	CIMENTO OSSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80005430445		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
2- 00	73997463	HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-009-20	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680304		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
3-	74899910	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680269		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
4-	74004425	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8777-032-01	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680330		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
5-	73993514	COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680286		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
6-	73984736	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680259		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 20/03/2024 / Empresa / Titular: JOAO CARLOS GHIRALDI

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