



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94957260**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94957260
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 30/04/2024 13:57	5 - Senha 94957260	6 - Data de Validade da Senha 29/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000014493600	8 - Validade da Carteira 29/06/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome SILMARA ZABEU MESQUITA
--

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 05/05/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE 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	30724279	REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE	1	1
2- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
3- []	[]	[]	[]	[]
4- []	[]	[]	[]	[]
5- []	[]	[]	[]	[]
6- []	[]	[]	[]	[]
7- []	[]	[]	[]	[]
8- []	[]	[]	[]	[]
9- []	[]	[]	[]	[]
10- []	[]	[]	[]	[]
11- []	[]	[]	[]	[]
12- []	[]	[]	[]	[]

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 3	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 30/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMBUR
--

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 94957260

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94957260	4 - Senha 94957260	5 - Data da Autorização 30/04/2024 13:57	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94957260
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000014493600	29 - Nome Social
8 - Nome SILMARA ZABEU MESQUITA	

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL	

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		23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1-	72886757			PROTESE FEMURAL PARA QUADRIL SEM CIMENTO - 100101915		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680371				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 30/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR	
---	--

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