



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89953270

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89953270			
4 - Data da Autorização 25/01/2023 15:34		5 - Senha 89953270		6 - Data de Validade da Senha 26/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000040111752		8 - Validade da Carteira 24/07/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome MARIA ILIONETE ZORATTI ABELHA				11 - Cartão Nacional de Saúde 705004055456250	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			
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 04.762.301/0001-03		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 08/02/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 1	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME N	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica dor no quadril direito exame demonstra artrose avançada					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)	
				32-CID10(4) (opcional)	
				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22 2- 18 3- <input type="text"/> 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento 30724058 60000554 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	37 - Qtde. Solic. 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1		41 - Tipo de acomodação autorizada 12	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			44 - Código CNES 2758083
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: MARIA ILIONETE ZORATTI ABELHA					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		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

89953270

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89953270	4 - Senha 89953270	5 - Data da Autorização 25/01/2023 15:34	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89953270
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000040111752	8 - Nome MARIA ILIONETE ZORATTI ABELHA
---	--

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 direito exame demonstra artrose avançada
dor no quadril direito exame demonstra artrose avançada

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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- 73996475 80044680303	HASTES FEMORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10			1			
2- 74898957 80044680269	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES			1			
3- 00 71802398 80023450092	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA A			1			
4- 73983683 80044680259	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES			1			
5- 00 72397888 10243070062	ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO ACE			1			
6-	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES			1			
	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-87			1			
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES			1			
	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2			1			
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES			1			

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: MARIA ILIONETE ZORATTI ABELHA

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