



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95210039**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95210039</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>22/05/2024 08:20</b>	5 - Senha <b>95210039</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>21/07/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000046893523</b>	8 - Validade da Carteira <b>01/10/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>ELOISA HELENA ARANDA GARCIA DE SOUZA</b>
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>23538</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação
--	--	------------------------------------

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

28 - Indicação Clínica <b>PACIENTE COM DORES EM QUADRIL DIREITO</b>
--

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M199</b>	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>
---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30724058</b>	<b>ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
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 <b>3</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2550792</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>95210039</b>	4 - Senha <b>95210039</b>	5 - Data da Autorização <b>22/05/2024 08:20</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95210039</b>
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira <b>0050000046893523</b>	29 - Nome Social			
8 - Nome <b>ELOISA HELENA ARANDA GARCIA DE SOUZA</b>				
Dados do Profissional Solicitante				
9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	10 - Telefone		11 - E-mail	
Dados da cirurgia				
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DORES EM QUADRIL DIREITO PACIENTE COM DORES EM QUADRIL DIREITO				
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- <b>00</b> <b>80804050002</b>	<b>00613282</b>	<b>OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>
2- <b>74900994</b> <b>80044680269</b>		<b>CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
3- <b>74004018</b> <b>80044680330</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
4- <b>71802398</b> <b>80023450092</b>		<b>CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>
5- <b>73983683</b> <b>80044680259</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
6- <b>00614327</b> <b>10395270061</b>		<b>ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
		<b>CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 805002</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
24 - Especificação do Material				
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>95210039</b>	4 - Senha <b>95210039</b>	5 - Data da Autorização <b>22/05/2024 08:20</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95210039</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000046893523</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

**ELOISA HELENA ARANDA GARCIA DE SOUZA**

## Dados do Profissional Solicitante

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

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

PACIENTE COM DORES EM QUADRIL DIREITO

PACIENTE COM DORES EM QUADRIL DIREITO

## 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
7- <b>80044680261</b>	<b>74898680</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8- <b>10417940039</b>	<b>73302295</b>	<b>HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9- <b>00</b> <b>10243070064</b>	<b>72397950</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização