



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90004212

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90004212</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>30/01/2023 17:45</b>	5 - Senha <b>90004212</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>31/03/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000002935743</b>	8 - Validade da Carteira <b>08/10/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

10 - Nome <b>JANDIRA DONATTI</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde <b>705408478451791</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 <b>03/02/2023 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica  
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(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>2</b>	<b>2</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar     /     /	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</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  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 30/01/2023 / 2 OPSITES - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: JANDIRA DONATTI

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

90004212

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90004212</b>	4 - Senha <b>90004212</b>	5 - Data da Autorização <b>30/01/2023 17:45</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90004212</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000002935743</b>	8 - Nome <b>JANDIRA DONATTI</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  
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO  
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO  
2 OPSITES - PAGO EM CONTA

## 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- <b>00</b>	<b>74900994</b>	<b>CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA A</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80044680269</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <b>00</b>	<b>71802398</b>	<b>ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO ACE</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80023450092</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <b>74898957</b>	<b>CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA A</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>80044680269</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <b>73996475</b>	<b>HASTES FEMORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>80044680303</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <b>74003976</b>	<b>CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>80044680330</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <b>73302295</b>	<b>HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 M</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10417940039</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 24 - Especificação do material

## 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 30/01/2023 / 2 OPSITES - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: JANDIRA DONATTI

## 26 - Data da Solicitação

## 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

## 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº

90004212

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90004212</b>	4 - Senha <b>90004212</b>	5 - Data da Autorização <b>30/01/2023 17:45</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90004212</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000002935743</b>	8 - Nome <b>JANDIRA DONATTI</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  
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO  
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO  
2 OPSITES - PAGO EM CONTA

## 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	
7- 00	00687022	PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30MM 00-6250-065-30		2		2	
80044680308		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							

## 24 - Especificação do material

## 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 30/01/2023 / 2 OPSITES - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: JANDIRA DONATTI

## 26 - Data da Solicitação

1/1/2023

## 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

## 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização