



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89747373

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89747373			
4 - Data da Autorização 05/01/2023 16:31		5 - Senha 89747373		6 - Data de Validade da Senha 06/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000036006249		8 - Validade da Carteira 20/08/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome OSVALDO CARLOS LAWIN				11 - Cartão Nacional de Saúde 706901115660239	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 23538
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			21 - Data sugerida para Internação 20/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
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) 9	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22 2- 18 3- 18 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 60000384 60000805 <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 ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO <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 2 <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 2 <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 2		41 - Tipo de acomodação autorizada 1	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			44 - Código CNES 2550792
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 05/01/2023 / 2 OPSITES - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGRO INDUSTRIAL					
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

89747373

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89747373	4 - Senha 89747373	5 - Data da Autorização 05/01/2023 16:31	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89747373
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000036006249	8 - Nome OSVALDO CARLOS LAWIN
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	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					
1- 00	74900994	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA A	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680269	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 00	74004018	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680330	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 00	00614327	CONJUNTO DE CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
10395270061	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 00	73983683	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-87	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680259	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- 00	73302295	HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 M	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
10417940039	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- 00	00687022	PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30MM 00-6250-065-30	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680308	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<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 05/01/2023 /2 OPSITES - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGRO INDUSTRIAL

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

89747373

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89747373	4 - Senha 89747373	5 - Data da Autorização 05/01/2023 16:31	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89747373
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000036006249	8 - Nome OSVALDO CARLOS LAWIN
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	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	71802398	ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO ACE		1		1	
80023450092		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 05/01/2023 /2 OPSITES - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGRO INDUSTRIAL

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