



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 95617332  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95617332</b>	
4 - Data da Autorização <b>27/06/2024 11:17</b>	5 - Senha <b>95617332</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>26/08/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000008991742</b>	8 - Validade da Carteira <b>29/07/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI</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>07/08/2024 00:00</b>
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>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica <b>DORES ES QUADRL</b>					
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) <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>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
4- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
5- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
6- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
7- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
8- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
9- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
10- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
11- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
12- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	

Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</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 27/06/2024 /*****DESFAVORAVEL PARA > 00660108 - SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z - *****MATERIAL NÃO PADRONIZADO - SUBSTITUIR POR 02 SERINGAS DE 60 ML - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR / Empresa / Titular: DIEGO D E OLIVEIRA VARESCHI				
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>95617332</b>	4 - Senha <b>95617332</b>	5 - Data da Autorização <b>27/06/2024 11:17</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95617332</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000008991742</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

**DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI**

## 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  
DORES NO QUADRIL  
DORES ES QUADRL  
\*\*\*\*\*DESFAVORAVEL PARA > 00660108 - SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z - \*\*\*\*\*MATERIAL NÃO PADRONIZADO - SUBSTITUIR POR 02 SERINGAS DE 60 ML - INCLUSO EM TAXA HOSPITAL AR

## 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>80044680303</b>	<b>73996475</b>	<b>HASTES FEMORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- <b>80005430445</b>	<b>00506605</b>	<b>CIMENTO OSSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3- <b>80044680269</b>	<b>74900994</b>	<b>CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- <b>80044680330</b>	<b>74004018</b>	<b>CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- <b>00</b> <b>80023450092</b>	<b>71802398</b>	<b>ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
6- <b>80044680259</b>	<b>73983683</b>	<b>ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 27/06/2024 /\*\*\*\*\*DESFAVORAVEL PARA > 00660108 - SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z - \*\*\*\*\*MATERIAL NÃO PADRONIZADO - SUBSTITUIR P OR 02 SERINGAS DE 60 ML - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR / Empresa / Titular: DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI

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 Guia no Prestador 95617332

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95617332	4 - Senha 95617332	5 - Data da Autorização 27/06/2024 11:17	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95617332
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000008991742	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI

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  
DORES NO QUADRIL  
DORES ES QUADRIL  
\*\*\*\*\*DESAVORAVEL PARA > 00660108 - SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z - \*\*\*\*\*MATERIAL NÃO PADRONIZADO - SUBSTITUIR POR 02 SERINGAS DE 60 ML - INCLUSO EM TAXA HOSPITAL AR

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				
7- 00	00614327	CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 805002		1		1	
	10395270061	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
8- 00	00613282	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989		2		2	
	80804050002						
9-							
10-							
11-							
12-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 27/06/2024 /\*\*\*\*\*DESAVORAVEL PARA > 00660108 - SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z - \*\*\*\*\*MATERIAL NÃO PADRONIZADO - SUBSTITUIR P OR 02 SERINGAS DE 60 ML - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR / Empresa / Titular: DIEGO DE OLIVEIRA VARESCHI

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