



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 96023331  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>96023331</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>02/08/2024 17:25</b>	5 - Senha <b>96023331</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>01/10/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000003259172</b>	8 - Validade da Carteira <b>03/12/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>DARCY YOSHIKO SHIMOMURA</b>
---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.614.971/0001-19</b>	13 - Nome do Contratado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>24650</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>78.614.971/0001-19</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>19/08/2024 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>DOR NO QUADRIL ESQUERDO EXAME DEMOSTRA ARTROSE</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>78.614.971/0001-19</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2580055</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 02/08/2024 / Empresa / Titular: DARCY YOSHIKO SHIMOMURA
--

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 Guia no Prestador 96023331

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 96023331	4 - Senha 96023331	5 - Data da Autorização 02/08/2024 17:25	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 96023331
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000003259172	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
DARCY YOSHIKO SHIMOMURA

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 ESQUERDO EXAME DEMOSTRA ARTROSE  
DOR NO QUADRIL ESQUERDO EXAME DEMOSTRA ARTROSE

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- 80175510058	74326546	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2	2		2	
2- 80044680269	00 74899910	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
3- 80044680286	73993514	COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
4- 80044680304	73997463	HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-009-20 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
5- 80044680330	74004093	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 02/08/2024 / Empresa / Titular: DARCY YOSHIKO SHIMOMURA

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