



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94643351**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94643351</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>04/04/2024 09:48</b>	5 - Senha <b>94643351</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>03/06/2024</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000054568490</b>	8 - Validade da Carteira <b>01/02/2026</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>MARCOS ANTONIO CURY HARFUCH</b>
-------------------------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>17905</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>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>10/04/2024 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>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
-----------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------------

28 - Indicação Clínica <b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES</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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</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>3</b>	<b>3</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>3</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
-------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
-------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS 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>94643351</b>	4 - Senha <b>94643351</b>	5 - Data da Autorização <b>04/04/2024 09:48</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>94643351</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000054568490</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	MARCOS ANTONIO CURY HARFUCH
----------	-----------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES	
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES	

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- 00	73990930	<b>COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01</b>	_       1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
2- 00	72397950	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C</b>	_       2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
3-	74906119	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO</b>	_       1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680276		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
4-	74902318	<b>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596</b>	_       1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680272		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
5-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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