



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95035243**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95035243</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>07/05/2024 18:07</b>	5 - Senha <b>95035243</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>06/07/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000007233186</b>	8 - Validade da Carteira <b>02/05/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>MARCOS JOSE TARASIEWICH</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
--	--	------------------------------------

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
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica paciente com dores em quadril direito
---

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M199</b>	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>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>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 07/05/2024 / Empresa / Titular: MARCOS JOSE TARASIEWICH
--

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>95035243</b>	4 - Senha <b>95035243</b>	5 - Data da Autorização <b>07/05/2024 18:07</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95035243</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000007233186</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>MARCOS JOSE TARASIEWICH</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	
paciente com dores em quadril direito	
paciente com dores em quadril direito	

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>71802398</b>	<b>ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC</b>	_  <b>2</b>		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>2</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<b>80023450092</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
2-	<b>73983683</b>	<b>ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8</b>	_  <b>1</b>		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>1</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<b>80044680259</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
3-	<b>00614327</b>	<b>CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 805002</b>	_  <b>1</b>		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>1</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<b>10395270061</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
4-	<b>74898680</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81</b>	_  <b>1</b>		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>1</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<b>80044680261</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
5-	<b>73302295</b>	<b>HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24</b>	_  <b>1</b>		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>1</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<b>10417940039</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
6- 00	<b>72397950</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C</b>	_  <b>2</b>		_ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>2</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<b>10243070064</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 07/05/2024 / Empresa / Titular: MARCOS JOSE TARASIEWICH

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 95035243

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95035243	4 - Senha 95035243	5 - Data da Autorização 07/05/2024 18:07	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95035243
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000007233186	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
MARCOS JOSE TARASIEWICH

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  
paciente com dores em quadril direito  
paciente com dores em quadril direito

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	00613282	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989		2		2	
8- 80804050002							
8- 80044680269	74900994	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1		1	
9- 80044680330	74004018	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1		1	
10-							
11-							
12-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 07/05/2024 / Empresa / Titular: MARCOS JOSE TARASIEWICH

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