



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90240785

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90240785
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 20/02/2023 15:29	5 - Senha 90240785	6 - Data de Validade da Senha 21/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000001020083	8 - Validade da Carteira 08/02/2025	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome HELIA DE ARAUJO SILVA		11 - Cartão Nacional de Saúde 703408262243612

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 27/02/2023 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	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de acomodação autorizada 1
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	
		44 - Código CNES 2758083

45 - Observação
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 84218860963 em 20/02/2023 / Empresa / Titular: ROSE MEIRE DA SILVA

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

90240785

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90240785	4 - Senha 90240785	5 - Data da Autorização 20/02/2023 15:29	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90240785
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000001020083	8 - Nome HELIA DE ARAUJO SILVA
---	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
--

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	75999080	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680258		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 74907735		COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 COM	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680276		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 76362205		COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80175510047		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)3315-2000 / Emitido Por: 84218860963 em 20/02/2023 / Empresa / Titular: ROSE MEIRE DA SILVA
--

26 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---