



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94002795**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94002795</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>07/02/2024 11:08</b>	5 - Senha <b>94002795</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>07/04/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000000487956</b>	8 - Validade da Carteira <b>16/12/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>MARIA HELENA MARCATO TEIXEIRA</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>26/02/2024 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 dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada
--

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>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</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>12</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 07/02/2024 / Empresa / Titular: FRANCISCO LUIZ TEIXEIRA
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 94002795

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94002795	4 - Senha 94002795	5 - Data da Autorização 07/02/2024 11:08	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94002795
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000000487956	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
MARIA HELENA MARCATO TEIXEIRA

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 direito rx demonstra artrose avançada  
dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada

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-	74327860	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20		2		2	
	80175510058	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
8-	77657489	HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR		1		1	
	10417940039	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
9-							
10-							
11-							
12-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 07/02/2024 / Empresa / Titular: FRANCISCO LUIZ TEIXEIRA

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