



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89939613

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89939613</b>							
4 - Data da Autorização <b>24/01/2023 16:37</b>		5 - Senha <b>89939613</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>25/03/2023</b>					
Dados do Beneficiário									
7 - Numero da Carteira <b>0050000031677765</b>		8 - Validade da Carteira <b>12/06/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>					
10 - Nome <b>ROGERIO PEREIRA CARDOSO</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>704608625544527</b>					
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora <b>78.614.971/0002-08</b>		13 - Nome do Contratado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI</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>78.614.971/0002-08</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>02/02/2023 00:00</b>				
22 - Caráter de Atendimento <b>2</b>		23 - Tipo de Internação <b>2</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 exame demonstra artrose avançada									
29-CID10 Principal (opcional)									
30-CID10(2) (opcional)									
31-CID10(3) (opcional)									
32-CID10(4) (opcional)									
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>									
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados									
34 - Tabela 1- <b>22</b> 2- <b>18</b> 3- <input type="text"/> 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>		35 - Código do Procedimento <b>30724058</b> <b>60000805</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		36 - Descrição <b>ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA</b> <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. <b>1</b> <b>1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		38 - Qtde. Aut. <b>1</b> <b>1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.614.971/0002-08</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI</b>			44 - Código CNES <b>2577704</b>				
45 - Observação Telefone Contratado: / Emitido Por: 06812416916 em 24/01/2023 / Empresa / Titular: ROGERIO PEREIRA CARDOSO									
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text"/>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/>					
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>					



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

2 - Nº

89939613

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89939613</b>	4 - Senha <b>89939613</b>	5 - Data da Autorização <b>24/01/2023 16:37</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89939613</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000031677765</b>	8 - Nome <b>ROGERIO PEREIRA CARDOSO</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica dor no quadril direito exame demonstra artrose avançada dor no quadril direito exame demonstra artrose avançada
--

## 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 74898680 80044680261	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-811	1					
2- 00 74004018 80044680330	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES	1					
3- 00 74900994 80044680269	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01	1					
4- 00 73983683 80044680259	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES	1					
5- 00 71802398 80023450092	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA A	1					
6- 00 72397888 10243070062	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES	1					
	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-87	1					
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES	1					
	ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO ACE	2					
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES	2					
	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2	2					
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES	2					

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido Por: 06812416916 em 24/01/2023 / Empresa / Titular: ROGERIO PEREIRA CARDOSO
--

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 - N°

**89939613**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89939613</b>	4 - Senha <b>89939613</b>	5 - Data da Autorização <b>24/01/2023 16:37</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89939613</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000031677765</b>	8 - Nome <b>ROGERIO PEREIRA CARDOSO</b>
---	--

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica	
dor no quadril direito exame demonstra artrose avançada	
dor no quadril direito exame demonstra artrose avançada	

## 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			
7- 00	00614327	CONJUNTO DE CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002		1		1	
10395270061		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido Por: 06812416916 em 24/01/2023 / Empresa / Titular: ROGERIO PEREIRA CARDOSO

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