

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95603052
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 26/06/2024 11:54	5 - Senha 95603052	6 - Data de Validade da Senha 25/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000053494248	8 - Validade da Carteira 01/02/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ANADIR DE OLIVEIRA MACHADO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 24650	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 30/06/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	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

ARTROPLASTIA QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL

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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA	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- <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"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 78.614.971/0001-19	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	44 - Código CNES 2580055
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 26/06/2024 /REFERENTE > 03100367 - LAVAGEM PULSATIL WZ-WDS-01 - Anvisa: 80769979003 - Referência: WZ -WDS-01 - Qtde: 1 - Valor Unit.: 980,00 - Valor Total: 980,00 Fornecedor: ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS **** Para Clientes Londrina material não padronizado- substituir por seringas de 60 ml incluso em taxa hospitalar ** / 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
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 95603052

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95603052	4 - Senha 95603052	5 - Data da Autorização 26/06/2024 11:54	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95603052
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000053494248	29 - Nome Social
8 - Nome ANADIR DE OLIVEIRA MACHADO	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) ARTROPLASTIA QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL REFERENTE > 03100367 - LAVAGEM PULSATIL WZ-WDS-01 - Anvisa: 80769979003 - Referência: WZ-WDS-01 - Qtde: 1 - Valor Unit.: 980,00 - Valor Total: 980,00 Fornecedor: ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS *** * Para Clientes Londrina material não padronizado- substituir por seringas de 60 ml incluso em taxa hospitalar **	

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			
1-	73999016			HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-009-00		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _
80044680304				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 26/06/2024 /REFERENTE > 03100367 - LAVAGEM PULSATIL WZ-WDS-01 - Anvisa: 80769979003 - Referência: WZ-WDS-01 - Qtde: 1 - Valor Unit.: 980,00 - Valor Total: 980,00 Fornecedor: ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS **** Para Clientes Londrina material não padronizado- substituir por seringas de 60 ml incluso em taxa hospitalar ** / 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
--------------------------	---	---