



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **93721510**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93721510</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>12/01/2024 14:56</b>	5 - Senha <b>93721510</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>12/03/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000004226936</b>	8 - Validade da Carteira <b>09/03/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>ESMERALDA MASSI GIROLDO</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>29/01/2024 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 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>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</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>1</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 12/01/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA
--

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 93721510

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93721510	4 - Senha 93721510	5 - Data da Autorização 12/01/2024 14:56	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93721510
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000004226936	29 - Nome Social
8 - Nome ESMERALDA MASSI GIROLDO	

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 / ARTROSE AVANÇADA DOR NO QUADRIL DIREITO ARTROSE AVANÇADA	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	74900994	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA	_	1	_
80044680269		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
2-	74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	_	1	_
80044680330		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
3-	73984736	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	_	1	_
80044680259		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
4-	73996475	HASTES FEMORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10	_	1	_
80044680303		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
5-	00506605	CIMENTO OSSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G	_	1	_
80005430445		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
6-  _   _	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_   _	_   _   _   _   _   _   _
_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 12/01/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA		
--	--	--

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