

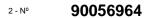


GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

90056964

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da	Guia Atribuído	pela Operadora 90056964									
4 - Data da Autorização	5 - Senha	I			6 - Data de Va	alidade da Senha						
03/02/2023 10:	37		900	56964		04/04/2	023					
Dados do Beneficiário			11					_				
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira			9 - Atendimento de RN						
0050000014803480			07/03/2025			ı	<u> </u>					
10 - Nome NEIVA MARIA SILVA								11 - Cartão 7050024			е	
Dados do Contratado Solicitante	\							7030024	141542			
12 - Código na Operadora	,	13 - Nor	ne do Contratado									
04.762.301/0001-03		HOSP	PITAL DO COF	RACAO	DE LONDI	RINA LTDA						
14 - Nome do Profissional Solici	tante					15 - Conselho F	rofissional	16 - Núm	ero do Cor	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAK	(I				06		24650			41	225270
Dados do Hospital / Local Solicit												
19 - Código na Operadora / CNF	PJ		Hospital / Local So		ONDOIN				11		-	a Internação
04.762.301/0001-03			L DO CORAC								23 00:00	
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Int	ternação 24	11		il li		- 11		27 - Pre	7 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	2		1			1		S			N	
29-CID10 Principal (opcional) Procedimentos ou Itens Assister		(2) (opcional)	31-CID10(3) (o	pcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	3 - Indicação d	de Acidente (acidente ou	u doença	a relacionad	ia)
34 - Tabela 35 - Código do	- - - - - - - - - -	ARTF DIAR I I I I I I I I I I I I I I I I I I	rias Autorizadas 1 me do Hospital / Locentral / Locent	41 - Tipo d 1 cal Autoriza	le acomodaçã	o autorizada	OM BANH	HEIRO PF	RIVATIV	TA 1	1	olic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do Pro	ofissional Solicitante	e	48 - Assinat	ura do Beneficiá	rio ou Respon	sável	49 - Assina	tura do l	Responsáv	el pela Autorização



Londrina

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora			
343269		90056964		90056964	03/02/2023 10:37	90056964			
Dados do Beneficiário									
7 - Numero da Carteira		8 - Nome							
0050000014803480	0050000014803480 NEIVA MARIA SILVA								
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone	11	- E-mail				
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI								
Dados da cirurgia				,					
12 - Justificativa técnica dor no quadril direito rx der dor no quadril direito rx der									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 - I	Descrição		16 - Opção 17 - (Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do mater		,	22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização de Funcionamento			
1- 00 73996475	HAS	STES FEMORAIS CIME	NTADAS - 00-8114-002-10	1	,	1			
80044680303		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		Ĺ				
2- 00 71802398	ACI	ETABULOS CIMENTAD	OS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO ACI	E 1	1 1 1 1 1				
80023450092		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT	 	<u> </u>				
3- 74898957	CUI		ETALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA	 Δ 1	1 1 1 1				
80044680269			RCIO DE IMPLANTESORT	· <u> </u>	* * * * * *				
4- 74003976	CAI		CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02	 	 				
80044680330	OA.		RCIO DE IMPLANTESORT	<u> </u>					
5- 00 72397888	CIM		ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2	 					
10243070062	Cilv		RCIO DE IMPLANTESORT	-					
6-		AKTHKOW COWLE	COO DE IMPEANTESONI						
⁰⁻	 	 		- II II I I I I I	_				
04 5		<u> </u>	[IIII	····································				
24 - Especificação do material									
25 - Observações / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 03/02/2023 / Empresa / Titular: NEIVA MARIA SILVA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
_/ /									