



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89791676

(Via HOSPITAL)

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89791676 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 11/01/2023 07:51 | 5 - Senha 89791676 | 6 - Data de Validade da Senha 12/03/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Numero da Carteira 0050000003445952 | 8 - Validade da Carteira 24/07/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

| | |
|---|---|
| 10 - Nome NOBUKO NAKANO CASSA | 11 - Cartão Nacional de Saúde 704606195423922 |
|---|---|

Dados do Contratado Solicitante

| | |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 | 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA |
|---|---|

| | | | | |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante TOMAS SEIBEL | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 36495 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | 21 - Data sugerida para Internação 21/01/2023 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter de Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação 2 | 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 ARTRODESE DE QUADRIL |
|---|

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---|
| 29-CID10 Principal (opcional) | 30-CID10(2) (opcional) | 31-CID10(3) (opcional) | 32-CID10(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 | 30731127 | TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30724058 | ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA | 1 | 1 |
| 3- 18 | 60000554 | DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES | 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 2 | 41 - Tipo de acomodação autorizada 12 |
|---|---|---|

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | 44 - Código CNES 2550792 |
|---|--|------------------------------------|

| |
|---|
| 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 04753294900 em 11/01/2023 / Empresa / Titular: NOBUKO NAKANO CASSA |
|---|

| | | | |
|--|---|--|---|
| 46 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 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

89791676

| | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Numero Guia Referenciada 89791676 | 4 - Senha 89791676 | 5 - Data da Autorização 11/01/2023 07:51 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89791676 |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|--|
| 7 - Numero da Carteira 0050000003445952 | 8 - Nome NOBUKO NAKANO CASSA |
|---|--|

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante TOMAS SEIBEL | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

| |
|--|
| 12 - Justificativa técnica ARTRODESE DE QUADRIL ARTRODESE DE QUADRIL |
|--|

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 | 00590045 | LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 | | 1 | | 1 | |
| 80777280006 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 2- 00 | 72208724 | SISTEMA NAO CIMENTADO PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL | | 1 | | 1 | |
| 80044680220 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 3- 00 | 72466871 | SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - 110024464: REVESTIMENTO AC | | 1 | | 1 | |
| 80044680251 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 4- 00 | 72466723 | SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - XL-200150: SUPORTE DUAL M | | 1 | | 1 | |
| 80044680251 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 5- 74972308 | CABECAS FEMORAIS METALICAS - 32-8018-022-20 - CABECA FEMORAL | | | 1 | | 1 | |
| 80044680328 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 6- 74319035 | COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER - 0 | | | 1 | | 1 | |
| 80175510040 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |

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

| |
|--|
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 04753294900 em 11/01/2023 / Empresa / Titular: NOBUKO NAKANO CASSA |
|--|

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