

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93223478</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>20/11/2023 10:51</b>	5 - Senha <b>93223478</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>19/01/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000004897610</b>	8 - Validade da Carteira <b>20/08/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**MARIA HELENA IKEDA**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>GUILHERME RUFINI ISOLANI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>31688</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>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação
--	--	------------------------------------

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>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M169</b>	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>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/11/2023 /\*\*\*\*\*GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA // HONORÁRIO DO MÉDICO NÃO COOPERADO SERÁ POR CONTA DO CLIENTE\*\*\*\*\*/ Empresa / Titular: MARIA HELENA IKEDA

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>93223478</b>	4 - Senha <b>93223478</b>	5 - Data da Autorização <b>20/11/2023 10:51</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93223478</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000004897610</b>	29 - Nome Social
---	------------------

## 8 - Nome

**MARIA HELENA IKEDA**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>GUILHERME RUFINI ISOLANI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

### 12 - Justificativa técnica

EM ANEXO

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATARIA

\*\*\*\*\*GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA // HONORÁRIO DO MÉDICO NÃO COOPERADO SERA POR CONTA DO CLIENTE\*\*\*\*\*

## OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 80175510040	74320866	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
2- 00 80044680220	72207655	SISTEMA NAO CIMENTADO PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
3- 00 80044680251	72466901	SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - 110024462: REVESTIMENTO A ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
4- 00 80044680251	72466740	SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - XL-200146: SUPORTE DUAL M ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
5- 00 80044680330	74004018	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
6- 00 80044680220	72208619	SISTEMA NAO CIMENTADO PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2	2		2	

## 24 - Especificação do Material

## 25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/11/2023 / \*\*\*\*\*GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA // HONORÁRIO DO MÉDICO NÃO COOPERADO SERA POR CONTA DO CLIENTE \*\*\*\*\* / Empresa / Titular: MARIA HELENA IKEDA

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