

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92823517
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 11/10/2023 12:54	5 - Senha 92823517	6 - Data de Validade da Senha 10/12/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000003149113	8 - Validade da Carteira 04/07/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARIA LIGIA PIERALISI

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 29/10/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

ARTRODESE 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- 22	30731127	TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES	1	1
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
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 1	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 / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 11/10/2023 / Empresa / Titular: MARIA LIGIA PIERALISI

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

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Referenciada 92823517		4 - Senha 92823517		5 - Data da Autorização 11/10/2023 12:54		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92823517							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira 0050000003149113				29 - Nome Social											
8 - Nome MARIA LIGIA PIERALISI															
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 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- 00		73993514		COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32		_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680286				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
2- 00687022				PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30MM 00-6250-065-30		_ 2		_ _ _ _ _ _ _ _ _		2		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680308				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
3- 73983683				ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8		_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680259				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
4- 74899910				CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA		_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680269				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
5- 74319035				COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER -		_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80175510040				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
6- 74004425				CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8777-032-01		_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680330				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 11/10/2023 / Empresa / Titular: MARIA LIGIA PIERALISI															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									