

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91871333</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>14/07/2023 14:06</b>	5 - Senha <b>91871333</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>12/09/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000003979205</b>	8 - Validade da Carteira <b>22/07/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**SUZANA BARBOSA KASUYA**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>04.762.301/0001-03</b>	13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</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>04.762.301/0001-03</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>26/07/2023 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 rx demonstra 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>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</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>12</b>
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>04.762.301/0001-03</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>2758083</b>
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 14/07/2023 / Empresa / Titular: SUZANA BARBOSA KASUYA

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>91871333</b>	4 - Senha <b>91871333</b>	5 - Data da Autorização <b>14/07/2023 14:06</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91871333</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000003979205</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome
<b>SUZANA BARBOSA KASUYA</b>

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

#### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada
--

## 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-	74898957	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
	80044680269	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
2-	71802398	ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
	80023450092	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
3-	74002368	CABECAS FEMORAIS METALICAS - 00-8018-028-01	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
	80044680325	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
4-	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _
	10243070062	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
5- 00	73996475	HASTES FEMORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
	80044680303	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
6-  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

## 24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 14/07/2023 / Empresa / Titular: SUZANA BARBOSA KASUYA
--

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