

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90641287
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização 28/03/2023 09:13	5 - Senha 90641287	6 - Data de Validade da Senha 27/05/2023
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000000843159	8 - Validade da Carteira 26/10/2023	9 - Atendimento de RN N
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ANA DIRCE PAGNANO SERASSUELO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 24650	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 19/04/2022 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

DOR NO QUADRIL DIREITO 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) 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- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
-------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------------------------

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 28/03/2023 / ***FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR**** / Empresa / Titular: GEMIMA VIEIRA PASQUALINOTTO SERASSUELO

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

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 90641287	4 - Senha 90641287	5 - Data da Autorização 28/03/2023 09:13	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90641287
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000000843159	29 - Nome Social
---------------------------------------------------	------------------

8 - Nome

ANA DIRCE PAGNANO SERASSUELO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	10 - Telefone	11 - E-mail
----------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
DOR NO QUADRIL DIREITO ARTROSE AVANÇADA
DOR NO QUADRIL DIREITO ARTROSE AVANÇADA
FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR*

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
7- 00 80023450092	71802398	ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2		
8- 00 80044680303	73996475	HASTES FEMORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 28/03/2023 /***FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR**** / Empresa / Titular: GEMIMA VIEIRA PASQUALINOTTO SERASSUELO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização