

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91373246
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 30/05/2023 10:49	5 - Senha 91373246	6 - Data de Validade da Senha 13/08/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000081553196	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

RONILDO MARQUES MENDES

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 07/06/2023 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

ARTROSE QUADRIL GUIA 90058747 LIBERADA PORÉM VENCIDASOLICITO REVALIDAÇÃO E ACRECISMO DE PROCEDIMENTO

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	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	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 12
---	---	---

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 30/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO 30715270 SOLICITADO ADEQUAÇÃO NA GUIA 91532834 CONFORME ACEITE DO MEDICO / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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

28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91373246	4 - Senha 91373246	5 - Data da Autorização 30/05/2023 10:49	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91373246
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000081553196	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

RONILDO MARQUES MENDES

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

GUIA 90058747 LIBERADA PORÉM VENCIDA/SOLICITO REVALIDAÇÃO E ACRECISMO DE PROCEDIMENTO ARTROSE QUADRIL
ARTROSE QUADRIL GUIA 90058747 LIBERADA PORÉM VENCIDASOLICITO REVALIDAÇÃO E ACRECISMO DE PROCEDIMENTO
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO 30715270 SOLICITADO ADEQUAÇÃO NA GUIA 91532834 CONFORME ACEITE DO MEDICO

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- 80175510040	74319035	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- 80044680269	74898957	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 00 80023450092	71802398	ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 80044680259	73983683	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- 00 10243070062	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 30/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO 30715270 SOLICITADO ADEQUAÇÃO NA GUIA 91532834 CONFORME ACEITE DO ME
DICO / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização