

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>92735190</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>03/10/2023 14:05</b>	5 - Senha <b>92735190</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/12/2023</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000042240550</b>	8 - Validade da Carteira <b>10/05/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**JOYCE APARECIDA DE OLIVEIRA**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>23538</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>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</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  
QUADRIL ESQUERDO

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>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</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>2</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
-------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2550792</b>
-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/10/2023 / Empresa / Titular: FAST ARIAM EQUIPAMENTOS LTDA

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>92735190</b>	4 - Senha <b>92735190</b>	5 - Data da Autorização <b>03/10/2023 14:05</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92735190</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000042240550</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	JOYCE APARECIDA DE OLIVEIRA
----------	-----------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica EM ANEXO QUADRIL ESQUERDO		

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-	73984736	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680259		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _				
2-	74900889	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680269		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _				
3-	74898680	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680261		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _				
4-	74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680330		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _				
5-	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10243070062		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _				
6-	77657489	HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10417940039		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/10/2023 / Empresa / Titular: FAST ARIAM EQUIPAMENTOS LTDA

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>92735190</b>	4 - Senha <b>92735190</b>	5 - Data da Autorização <b>03/10/2023 14:05</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92735190</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000042240550</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>JOYCE APARECIDA DE OLIVEIRA</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica EM ANEXO QUADRIL ESQUERDO		

[illegible]

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/10/2023 / Empresa / Titular: FAST ARIAM EQUIPAMENTOS LTDA

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