

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92897519
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 19/10/2023 10:30	5 - Senha 92897519	6 - Data de Validade da Senha 18/12/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000006555341	8 - Validade da Carteira 27/02/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ARI DA SILVA COSTA

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 RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	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
--	---	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
QUADRIL DIREITO

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	2	2
3- []	[]		[]	[]
4- []	[]		[]	[]
5- []	[]		[]	[]
6- []	[]		[]	[]
7- []	[]		[]	[]
8- []	[]		[]	[]
9- []	[]		[]	[]
10- []	[]		[]	[]
11- []	[]		[]	[]
12- []	[]		[]	[]

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	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 19/10/2023 / Empresa / Titular: ARI DA SILVA COSTA

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 92897519	4 - Senha 92897519	5 - Data da Autorização 19/10/2023 10:30	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92897519
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 005000000655341	29 - Nome Social

8 - Nome	ARI DA SILVA COSTA
----------	--------------------

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

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica EM ANEXO QUADRIL DIREITO		

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-	74900994	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680269		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
2-	74898957	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680269		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
3-	73996475	HASTES FEMORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680303		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
4-	73983683	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680259		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
5-	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10243070062		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
6-	00642339	CONJUNTO CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80743230039		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular: ARI DA SILVA COSTA

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92897519	4 - Senha 92897519	5 - Data da Autorização 19/10/2023 10:30	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92897519
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 005000000655341	29 - Nome Social

8 - Nome	ARI DA SILVA COSTA
----------	--------------------

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

Dados da cirurgia			
12 - Justificativa técnica EM ANEXO QUADRIL DIREITO			

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular: ARI DA SILVA COSTA

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