

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93357753</b>	
4 - Data da Autorização <b>01/12/2023 07:35</b>	5 - Senha <b>93357753</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>30/01/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000053724197</b>	8 - Validade da Carteira <b>31/12/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>WILSON JOSE MENDES</b>		

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>TOMAS SEIBEL</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>36495</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 <b>17/12/2023 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 ARTRODESE DE QUADRIL								
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>22</b>	<b>30731127</b>	<b>TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</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 01/12/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS 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>93357753</b>	4 - Senha <b>93357753</b>	5 - Data da Autorização <b>01/12/2023 07:35</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93357753</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000053724197</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	WILSON JOSE MENDES
----------	--------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
ARTRODESE DE QUADRIL	
ARTRODESE DE QUADRIL	

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- 00		74899910		CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA		_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _	
80044680269				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
2-		74326546		ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30		_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _	
80175510058				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
3-		73993514		COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32		_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _	
80044680286				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
4-		73997463		HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-009-20		_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _	
80044680304				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
5-		74004093		CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01		_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _	
80044680330				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 01/12/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA

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