

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91483187</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>09/06/2023 10:22</b>	5 - Senha <b>91483187</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>08/08/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000002581860</b>	8 - Validade da Carteira <b>16/02/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**VALDEZITA ROSA DA SILVA LOPES**

## Dados do Contratado Solicitante

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

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>24650</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>04.762.301/0001-03</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>21/06/2023 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

DOR NO LADO ESQUERDO 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) <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>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</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>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>
---	---	---

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 09/06/2023 / Empresa / Titular: VALDEZITA ROSA DA SILVA LOPES

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>91483187</b>	4 - Senha <b>91483187</b>	5 - Data da Autorização <b>09/06/2023 10:22</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91483187</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000002581860</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>VALDEZITA ROSA DA SILVA LOPES</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica DOR NO LADO ESQUERDO / ARTROSE AVANÇADA DOR NO LADO ESQUERDO ARTROSE AVANÇADA

OPME Solicitadas							
13 - Tabela    14 - Código do Material 21 - Registro ANVISA do Material		15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção    17 - Qtde. Solicitada    18 - Valor Unitário Solicitado    19 - Qtde. Autorizada    20 - Valor Unitário Autorizado				
			23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1-	<b>74898957</b>	<b>CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA</b>	_    1         ,         1         ,				
	<b>80044680269</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_				
2-	<b>71802398</b>	<b>ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC</b>	_    1         ,         1         ,				
	<b>80023450092</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_				
3-	<b>73983683</b>	<b>ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8</b>	_    1         ,         1         ,				
	<b>80044680259</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_				
4- 00	<b>74319035</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER -</b>	_    1         ,         1         ,				
	<b>80175510040</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_				
5-	<b>72397888</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G</b>	_    1         ,         1         ,				
	<b>10243070062</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_				
6-  _   _	_		_				
_	_		_				

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 09/06/2023 / Empresa / Titular: VALDEZITA ROSA DA SILVA LOPES

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