

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92686705 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 28/09/2023 13:10 | 5 - Senha 92686705 | 6 - Data de Validade da Senha 27/11/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000040044532 | 8 - Validade da Carteira 10/03/2025 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

JOSE LUIS LEITE

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

DOR INTENSA NO 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) 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 | 60000384 | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA | 1 | 1 |
| 3- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 2 | 2 |
| 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 28/09/2023 /01 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 = material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: REDE BRASILEIRA PARA O DESENVOLVIMENTO DA METROLOGIA TECNOLOGIA E QUALIDADE

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 92686705 | 4 - Senha 92686705 | 5 - Data da Autorização 28/09/2023 13:10 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92686705 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

| | |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000040044532 | 29 - Nome Social |

| | |
|----------|-----------------|
| 8 - Nome | JOSE LUIS LEITE |
|----------|-----------------|

| 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 DOR INTENSA NO QUADRIL ESQUERDO 01 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 = material pago em conta hospitalar |

| 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- 00 | 00613282 | OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 80804050002 | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 2- 74898680 | | COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 80044680261 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 3- 77657489 | | HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 10417940039 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 4- 00642339 | | CONJUNTO CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002 | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 80743230039 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 5- 73983683 | | ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 80044680259 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 6- 74900889 | | CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 80044680269 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |

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

| |
|--|
| 25 - Observação / Justificativa |
| Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 28/09/2023 /01 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 = material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: REDE BRASILEIRA PARA O DESENVOLVIMENTO DA METROLOGIA TECNOLOGIA E QUALIDADE |

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

| | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 92686705 | 4 - Senha 92686705 | 5 - Data da Autorização 28/09/2023 13:10 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92686705 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

| | |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000040044532 | 29 - Nome Social |

| | |
|----------|-----------------|
| 8 - Nome | JOSE LUIS LEITE |
|----------|-----------------|

| 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 DOR INTENSA NO QUADRIL ESQUERDO 01 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 = material pago em conta hospitalar |

| 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 Autorizada | |
| 21 - Registro ANVISA do Material | | | | 22 - Referência do material no fabricante | | 23 - Nº Autorização de Funcionamento | | | | | | | | | |
| 7- | 74972308 | | | CABECAS FEMORAIS METALICAS - 32-8018-022-20 - CABECA FEMORA | | _ | 1 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | |
| 80044680328 | | | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 8- | 72397950 | | | CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C | | _ | 2 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 2 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | |
| 10243070064 | | | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 9- | 74327860 | | | ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20 | | _ | 2 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 2 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | |
| 80175510058 | | | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 10- | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ | _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 11- | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ | _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |
| 12- | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ | _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | |

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

| |
|--|
| 25 - Observação / Justificativa |
| Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 28/09/2023 /01 x cód: 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 = material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: REDE BRASILEIRA PARA O DESENVOLVIMENTO DA METROLOGIA TECNOLOGIA E QUALIDADE |

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