

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>92519995</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>13/09/2023 16:18</b>	5 - Senha <b>92519995</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>12/11/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001826541</b>	8 - Validade da Carteira <b>10/09/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**MARIA LEONILDE CEREZA BORGES**

## 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>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>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
--	---	------------------------------------

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
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

DOR INTENSA NO 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) <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>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</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>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 13/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA LEONILDE CEREZA BORGES

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>92519995</b>	4 - Senha <b>92519995</b>	5 - Data da Autorização <b>13/09/2023 16:18</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92519995</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000001826541</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	MARIA LEONILDE CEREZA BORGES
----------	------------------------------

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	
DOR INTENSA NO QUADRIL DIREITO	
DOR INTENSA NO QUADRIL DIREITO	

[illegible]

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 13/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA LEONILDE CEREZA BORGES

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>92519995</b>	4 - Senha <b>92519995</b>	5 - Data da Autorização <b>13/09/2023 16:18</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92519995</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000001826541</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	MARIA LEONILDE CEREZA BORGES
----------	------------------------------

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	
DOR INTENSA NO QUADRIL DIREITO	
DOR INTENSA NO 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 - N° Autorização de Funcionamento									
7-	00642339			CONJUNTO CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002		_		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80743230039				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
8-	00687022			PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30MM 00-6250-065-30		_		2		_ _ _ _ _ _ _ _ _		2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80044680308				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
9-	77657489			HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR		_		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
10417940039				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
10-	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
11-	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _									
12-	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _									

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 13/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA LEONILDE CEREZA BORGES

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