

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91087719
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 05/05/2023 18:24	5 - Senha 91087719	6 - Data de Validade da Senha 04/07/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000054216969	8 - Validade da Carteira 01/02/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

LUIZ CARLOS DE FARIA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

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 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 10/05/2023 00:00
--	--	---

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 N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 90383936

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- <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 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/05/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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 91087719	4 - Senha 91087719	5 - Data da Autorização 05/05/2023 18:24	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91087719
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000054216969	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

LUIZ CARLOS DE FARIA

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

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 90383936

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 90383936

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- 80044680259	73984736	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- 80044680269	74900889	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 80044680261	74898680	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 80044680330	74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- 00 10243070062	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
6- 80693380005	00737470	CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 608.017.00001 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/05/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91087719	4 - Senha 91087719	5 - Data da Autorização 05/05/2023 18:24	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91087719
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000054216969	29 - Nome Social

8 - Nome
LUIZ CARLOS DE FARIA

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		
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 90383936		
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 90383936		

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									
7-	00	74327860		ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20		_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80175510058				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
8-		73302295		HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
10417940039				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
9-	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _				_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
10-	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _				_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
11-	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _				_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
12-	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _				_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/05/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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