

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91473251</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>07/06/2023 15:23</b>	5 - Senha <b>91473251</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>06/08/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001246820</b>	8 - Validade da Carteira <b>02/09/2023</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**GENY SIMOES DE ARAUJO**

## 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>28/06/2023 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 quadril direito 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 07/06/2023 / \*\*\*FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR\*\*\*\* / Empresa / Titular: GENY SIMOES D E ARAUJO

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>91473251</b>	4 - Senha <b>91473251</b>	5 - Data da Autorização <b>07/06/2023 15:23</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91473251</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001246820</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

**GENY SIMOES DE ARAUJO**

## 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 quadril direito / artrose avançada

dor no quadril direito artrose avançada

\*\*\*FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR\*\*\*\*\*

## 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- <b>80044680330</b>	<b>74004379</b>	<b>CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- <b>80005430445</b>	<b>00506605</b>	<b>CIMENTO OSSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3- <b>80023450092</b>	<b>71802398</b>	<b>ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
4- <b>10417940039</b>	<b>77657489</b>	<b>HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- <b>80743230039</b>	<b>00642339</b>	<b>CONJUNTO CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
6- <b>80044680259</b>	<b>73983683</b>	<b>ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<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)3315-2000 / Emitido em 07/06/2023 /\*\*\*FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR\*\*\*\*\* / Empresa / Titular: GENY SIMOES DE ARAUJO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização