

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92814879
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 10/10/2023 16:47	5 - Senha 92814879	6 - Data de Validade da Senha 15/12/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000013738383	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARCIO ANTONIO RAMOS

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 30/10/2023 07:00
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica

PROTESE DE QUADRIL INFECTADA

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	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	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 12
---	---	---

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 10/10/2023 /CONFORME UNIMED ORIGEM AUTORIZADO PARCIAL ***DRº DE ACORDO PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO não procede o código pseudoartrose, pois está contemplado no código de cirurgia principal, excludente conforme regra 14 .5 RPMU. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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 92814879	4 - Senha 92814879	5 - Data da Autorização 10/10/2023 16:47	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92814879
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000013738383	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

MARCIO ANTONIO RAMOS

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
PROTESE DE QUADRIL INFECTADA
CONFORME UNIMED ORIGEM AUTORIZADO PARCIAL ***DR° DE ACORDO PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO não procede o código pseudoartrose, pois está contemplado no código de cirurgia principal, excludente conforme regra 14.5 RPMU.

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- 80044680330	74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	1	_	1	_
2- 80044680371	72886749	PROTESE FEMURAL PARA QUADRIL SEM CIMENTO - 100101914 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	1	_	1	_
3- 80044680289	77704185	COMPONENTE ACETABULAR METAL TRABECULAR EM TANTALO - ZI ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	1	_	1	_
4- 80044680259	73987905	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	1	_	1	_
5- 00 10223710073	73226513	FIO PARA SUTURA E SINTESE OSSEA - CABO PARA CERCLAGEM CO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	2	_	2	_
6- 80175510058	74326546	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 5	5	_	5	_

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 10/10/2023 / CONFORME UNIMED ORIGEM AUTORIZADO PARCIAL ***DR° DE ACORDO PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO não procede o código ps eudoartrose, pois está contemplado no código de cirurgia principal, excludente conforme regra 14.5 RPMU. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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