

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94659141
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 05/04/2024 09:42	5 - Senha 94659141	6 - Data de Validade da Senha 04/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000040686240	8 - Validade da Carteira 04/01/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

JOSE ANTONIO DIAZ PARRA

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 TOMAS SEIBEL	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 36495	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 15/04/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
ARTROSE DE QUADRIL

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- 22	30731127	TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
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 1	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 05/04/2024 / 4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - INCLUSO EM TAXA / Empresa / Titular: JOSE ANTONIO DI AZ PARRA

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 94659141

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94659141	4 - Senha 94659141	5 - Data da Autorização 05/04/2024 09:42	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94659141
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000040686240	29 - Nome Social
8 - Nome JOSE ANTONIO DIAZ PARRA	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante TOMAS SEIBEL	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica REVALIDAÇÃO DE GUIA 92002469 ARTROSE DE QUADRIL 4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - INCLUSO EM TAXA	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	74320467	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER -	1		
80175510040		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2-	74326546	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30	2		
80175510058		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3-	73986526	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	1		
80044680259		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
4-	74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	1		
80044680330		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5-	74900994	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA	1		
80044680269		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
6-					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/04/2024 / 4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - INCLUSO EM TAXA / Empresa / Titular: JOSE ANTONIO DIAZ PARRA		
--	--	--

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