

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91892518
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 17/07/2023 16:39	5 - Senha 91892518	6 - Data de Validade da Senha 15/09/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000000123474	8 - Validade da Carteira 21/01/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ROMERO APARECIDO PEREIRA

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 25/07/2023 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

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 91372996

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	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 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 17/07/2023 / Empresa / Titular: ROMERO APARECIDO PEREIRA

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 91892518	4 - Senha 91892518	5 - Data da Autorização 17/07/2023 16:39	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91892518
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000000123474	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome
ROMERO APARECIDO PEREIRA

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 CLÍNICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 91372996
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 91372996

OPME Solicitadas

13 - Tabela 14 - Código do Material 21 - Registro ANVISA do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 71802398 80023450092	ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 2 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
2- 00 72397888 10243070062	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 2 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3- 00 00614327 10395270061	CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 805002 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
4- 73983683 80044680259	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
5- 00 00613282 80804050002	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 2 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
6- 74004018 80044680330	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 17/07/2023 / Empresa / Titular: ROMERO APARECIDO PEREIRA

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização