

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94875096</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>23/04/2024 14:57</b>	5 - Senha <b>94875096</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>25/06/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1820000003018416</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**LUIS CARLOS CARDOSO CARVALHO**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.614.971/0001-19</b>	13 - Nome do Contratado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</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>78.614.971/0001-19</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>06/05/2024 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 rx demonstra 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>78.614.971/0001-19</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2580055</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 23/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CIANORTE

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>94875096</b>	4 - Senha <b>94875096</b>	5 - Data da Autorização <b>23/04/2024 14:57</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>94875096</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1820000003018416</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome	LUIS CARLOS CARDOSO CARVALHO
----------	------------------------------

### 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 rx demonstra artrose avançada dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM
--

## OPME Solicitadas

[illegible]

## 24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 23/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CIANORTE

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