

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93699904</b>	
4 - Data da Autorização <b>11/01/2024 07:29</b>	5 - Senha <b>93699904</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>15/03/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>8650002295844003</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>LIYOKO MATSUMOTO TAMURA</b>		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>36495</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>78.613.841/0001-61</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>21/01/2023 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 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) <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>22</b>	<b>30731127</b>	<b>TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	
44 - Código CNES <b>2550792</b>			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 11/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED CO OPERATIVA CENTRAL			
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>93699904</b>	4 - Senha <b>93699904</b>	5 - Data da Autorização <b>11/01/2024 07:29</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93699904</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>8650002295844003</b>	29 - Nome Social
8 - Nome <b>LIYOKO MATSUMOTO TAMURA</b>	

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica ARTROSE DE QUADRIL ARTROSE DE QUADRIL AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM
--

## 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>80044680286</b>	<b>73993514</b>	<b>COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- <b>00</b> <b>80044680330</b>	<b>74003976</b>	<b>CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- <b>00</b> <b>80175510058</b>	<b>74326546</b>	<b>ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
4- <b>00</b> <b>80044680269</b>	<b>74898957</b>	<b>CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- <b>00</b> <b>80044680304</b>	<b>73996750</b>	<b>HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-007-00</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 24 - Especificação do Material

## 25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 11/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL

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