

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91800417
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 07/07/2023 18:54	5 - Senha 91800417	6 - Data de Validade da Senha 09/09/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9700022005723826	8 - Validade da Carteira 30/11/2022	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ANDRE LUIS KOJICOWSKI DA SILVA

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 17/07/2023 00:00
--	--	---

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 N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

ARTRODESE 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	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 07/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** REERENTE AO MATERIAL 04 UNIDADES DE PR OTEÇÃO INDIVIDUAL - material incluso em taxa hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS

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 91800417	4 - Senha 91800417	5 - Data da Autorização 07/07/2023 18:54	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91800417
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9700022005723826	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome ANDRE LUIS KOJICOWSKI DA SILVA

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica ARTRODESE DE QUADRIL ARTRODESE DE QUADRIL AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** REERENTE AO MATERIAL 04 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - material incluso em taxa hospitalar
--

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- 80175510058	74326546	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-50	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2		
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
2- 80044680286	73993514	COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
3- 80044680304	73997463	HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-009-20	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
4- 80044680330	74004425	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8777-032-01	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
5- 00 80044680269	74899910	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<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"/>	<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 07/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** REERENTE AO MATERIAL 04 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - material incluso em taxa hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS

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