

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90443379</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>10/03/2023 15:06</b>	5 - Senha <b>90443379</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>09/05/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000004291827</b>	8 - Validade da Carteira <b>13/05/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**DOGOMAR FERRAZ DOS SANTOS**

## 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>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>26921</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>10/04/2023 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>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

ARTROPLASTIA TOTAL JOELHO DIREITO

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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</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>2</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 10/03/2023 / opsite - pago em conta // kit de lavagem não é padronizado para esse procedimento - autorizado seringa d e 60ml pago em conta / Empresa / Titular: LUCIA DE JESUS MARQUES

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>90443379</b>	4 - Senha <b>90443379</b>	5 - Data da Autorização <b>10/03/2023 15:06</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90443379</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000004291827</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>DOGOMAR FERRAZ DOS SANTOS</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>paciente com artroplastia degenerativa nos compartimentos femorotibial medial , lateral e patelofemoral tricompartmental do joelho direito.</p> <p>ARTROPLASTIA TOTAL JOELHO DIREITO</p> <p>opside - pago em conta // kit de lavagem não é padronizado para esse procedimento - autorizado seringa de 60ml pago em conta</p>

OPME Solicitadas																		
13 - Tabela		14 - Código do Material		15 - Descrição		16 - Opção		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizada				
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento												
1-	74907263			COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 CO			1						1					
80044680276				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA														
2-	76362205			COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C			1						1					
80175510047				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA														
3- 00	72466618			CIMENTO OSSEO HI-FATIGUE - 00-1120-140-01: CIMENTO OSSEO HI-F			1						1					
80044680249				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA														
4- 00	75999080			INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595			1						1					
80044680258				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA														
5-																		
6-																		

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 10/03/2023 /opsite - pago em conta // kit de lavagem não é padronizado para esse procedimento - autorizado seringa de 60ml pago em conta / Empresa / Titular: LUCIA DE JESUS MARQUES

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