

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92409288 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 01/09/2023 15:42 | 5 - Senha 92409288 | 6 - Data de Validade da Senha 04/11/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 1830000001664900 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN N |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

NEUSA SAES ZOBIOLE

Dados do Contratado Solicitante

| | |
|---|--|
| 12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03 | 13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA |
|---|--|

| | | | | |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 24650 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | |
|--|---|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA | 21 - Data sugerida para Internação 27/09/2023 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

dor no quadril esquerdo rm artrose femoral

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 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 1 |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA | 44 - Código CNES 2758083 |
|---|---|------------------------------------|

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 01/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIME DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MO URAO

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 92409288 | | 4 - Senha 92409288 | | 5 - Data da Autorização 01/09/2023 15:42 | | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92409288 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 1830000001664900 | | | | 29 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 8 - Nome NEUSA SAES ZOBIOLE | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI | | | | 10 - Telefone | | | 11 - E-mail | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica dor no quadril esquerdo rm artrose femoral dor no quadril esquerdo rm artrose femoral AUTORIZADO CONFORME UNIME DE ORIGEM | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Autorizado | |
| 21 - Registro ANVISA do Material | | | | 22 - Referência do material no fabricante | | 23 - Nº Autorização de Funcionamento | | | | | | | | | |
| 1- 10417940039 | | 77657489 | | HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD A | | _ | | 1 | | _ | | 1 | | _ | |
| 2- 80743230039 | | 00642339 | | CONJUNTO CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD A | | _ | | 1 | | _ | | 1 | | _ | |
| 3- 80044680259 | | 73983683 | | ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD A | | _ | | 1 | | _ | | 1 | | _ | |
| 4- 80044680269 | | 74900889 | | CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD A | | _ | | 1 | | _ | | 1 | | _ | |
| 5- 00 80044680261 | | 74898680 | | COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD A | | _ | | 1 | | _ | | 1 | | _ | |
| 6- 80044680330 | | 74004379 | | CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD A | | _ | | 1 | | _ | | 1 | | _ | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 01/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIME DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | | | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | |

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