

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91472060
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 07/06/2023 14:37	5 - Senha 91472060	6 - Data de Validade da Senha 06/08/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000039467344	8 - Validade da Carteira 09/01/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

RICARDO JOSE SANCHES SPINATO

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 21/06/2023 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 BILATERAL 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) 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	2	2
2- 22	30715270	RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE - TRATAMENTO CIRURGICO	2	2
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 07/06/2023 /***FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDOR ES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA

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 91472060	4 - Senha 91472060	5 - Data da Autorização 07/06/2023 14:37	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91472060
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000039467344	29 - Nome Social

8 - Nome
RICARDO JOSE SANCHES SPINATO

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 BILATERAL ARTROSE AVANÇADA DOR NO QUADRIL BILATERAL ARTROSE AVANÇADA ***FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR		

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- 74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	_ 1 _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _			
80044680330	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
2- 00506605	CIMENTO OSSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G	_ 2 _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _			
80005430445	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
3- 71802398	ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC	_ 2 _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _			
80023450092	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
4- 77657489	HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR	_ 1 _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _			
10417940039	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
5- 00642339	CONJUNTO CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 805002	_ 1 _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _			
80743230039	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
6- 73983683	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	_ 1 _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _			
80044680259	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 07/06/2023 /***FILTRO DE ASPIRACAO - INCLUSO EM TAXA HOSPITALAR / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização