

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91720213
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 30/06/2023 17:28	5 - Senha 91720213	6 - Data de Validade da Senha 29/08/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000014009644	8 - Validade da Carteira 31/07/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ILCA MARIA DE OLIVEIRA

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 10/07/2023 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

PÓS OPERATÓRIO ARTROPLASTIA TOTAL QUADRIL COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO E FRATURA FEMUR PROXIMAL

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	30725151	PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- 22	30710049	RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACO	1	1
3- 22	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA	1	1
4- 22	30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	1	1
5- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2
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 30/06/2023 / Empresa / Titular: ILCA MARIA DE OLIVEIRA

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 91720213	4 - Senha 91720213	5 - Data da Autorização 30/06/2023 17:28	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91720213
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000014009644	29 - Nome Social

8 - Nome
ILCA MARIA DE OLIVEIRA

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

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>PÓS OPERATÓRIO ARTROPLASTIA TOTAL QUADRIL COM INFECÇÃO DE SITIO CIRURGICO E FRATURA FEMUR PROXIMAL</p> <p>PÓS OPERATÓRIO ARTROPLASTIA TOTAL QUADRIL COM INFECÇÃO DE SITIO CIRURGICO E FRATURA FEMUR PROXIMAL</p>

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: ILCA MARIA DE OLIVEIRA

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91720213	4 - Senha 91720213	5 - Data da Autorização 30/06/2023 17:28	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91720213
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000014009644	29 - Nome Social

8 - Nome	ILCA MARIA DE OLIVEIRA
----------	------------------------

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

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica PÓS OPERATÓRIO ARTROPLASTIA TOTAL QUADRIL COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO E FRATURA FÊMUR PROXIMAL PÓS OPERATÓRIO ARTROPLASTIA TOTAL QUADRIL COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO E FRATURA FÊMUR PROXIMAL

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: ILCA MARIA DE OLIVEIRA

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