

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91908378
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 18/07/2023 17:36	5 - Senha 91908378	6 - Data de Validade da Senha 16/09/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000032241049	8 - Validade da Carteira 29/12/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

EZIO RADIGONDA

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 DANILO CANESIN DAL MOLIN	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 24619	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 24/07/2023 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 2	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

RUPTURA DE BICEPS DISTAL C RETRAÇÃO DE 10CM

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	30720010	ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRACO	1	1
2- 22	30719127	TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 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 18/07/2023 / Empresa / Titular: SONIA MARIA MACARINI RADIGONDA

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 91908378	4 - Senha 91908378	5 - Data da Autorização 18/07/2023 17:36	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91908378
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000032241049	29 - Nome Social

8 - Nome
EZIO RADIGONDA

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	RUPTURA DE BICEPS DISTAL C/ RETRAÇÃO DE 10CM RUPTURA DE BICEPS DISTAL C RETRAÇÃO DE 10CM

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- 00	72320893			DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680067				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _								
2- 00	101445288			HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-17-01 NANO HTA 1,7 X 5,0M		_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
10247700152				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _								
3-	75043114			SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80083650067				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _								
4- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _								
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _								
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _								

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 18/07/2023 / Empresa / Titular: SONIA MARIA MACARINI RADIGONDA

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