

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94445702</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>18/03/2024 11:25</b>	5 - Senha <b>94445702</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>17/05/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001534508</b>	8 - Validade da Carteira <b>28/02/2026</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome  
**IVONE FERREIRA ROCHA**

## 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>CARLOS AUGUSTO SA CARNEIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>29716</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>27/03/2024 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>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica  
**LESAO DE MANGUITO**

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>30735033</b>	<b>ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735092</b>	<b>TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</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 18/03/2024 / Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular : CAIXA DE ASSIST DOS EMPREG DA EMP BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUARIA CASEMBRAPA

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 94445702

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94445702	4 - Senha 94445702	5 - Data da Autorização 18/03/2024 11:25	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94445702
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001534508	29 - Nome Social IVONE FERREIRA ROCHA

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante CARLOS AUGUSTO SA CARNEIRO	10 - Telefone 11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica LESAO DE MANGUITO ROTADOR LESAO DE MANGUITO Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar!	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	72549912	ANCORAS JUGGERKNOT E JUGGERKNOTLESS - 010000324: 1.45 MM J	_ _  3	_ _ _ _ _ _ _  3	_ _ _ _ _ _ _
80044680279		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
2-	100066879	CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	_ _  2	_ _ _ _ _ _ _  2	_ _ _ _ _ _ _
81288540024		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
3-	00608459	PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	_ _  1	_ _ _ _ _ _ _  1	_ _ _ _ _ _ _
80082910131		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
4-	00241202	TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009	_ _  1	_ _ _ _ _ _ _  1	_ _ _ _ _ _ _
80371250020		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
5-	00622494	GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000	_ _  1	_ _ _ _ _ _ _  1	_ _ _ _ _ _ _
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
6-	101152272	ANCORAS QUATTRO LINK SP - CM-9145SP: ANCORA QUATTRO LINK S	_ _  2	_ _ _ _ _ _ _  2	_ _ _ _ _ _ _
80044680491		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 18/03/2024 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular: CAIXA DE ASSIST DOS EMPREG DA EMP BRASILEIRA DE PESQUI SA AGROPECUARIA CASEMBRAPA	
---	--

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