

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90241145
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 20/02/2023 16:00	5 - Senha 90241145	6 - Data de Validade da Senha 07/05/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000002029314	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

FABRICIO CANDIDO ROSSATO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24	13 - Nome do Contratado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19896	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.214.460/0001-24	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 01/06/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

solicitação de cirurgia de ombro direito

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	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
2- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
3- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	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 0	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.214.460/0001-24	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 5301424
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido em 20/02/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM MEDICO ASSISTENTE DE ACORDO COM O PARECER. D ESFAVORAVEL AO 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO - visto que laudo de RNM anexado descreve acromio retilineo, com incli nacao lateral neutra. DESFAVORAVEL AO OPME ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM ja que as lesoes sao tendinosas e nesse casos nao ha superioridade em rel acao as metalicas; assim sugiro a troca. / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 90241145	4 - Senha 90241145	5 - Data da Autorização 20/02/2023 16:00	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90241145
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000002029314	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

FABRICIO CANDIDO ROSSATO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

3 ancoras juggerknot//2 laminas de shaver//1 radiofrequencia bipolar//1 guia flexivel para sutura do MR// cotar na Arthrom

solicitação de cirurgia de ombro direito

AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM MEDICO ASSISTENTE DE ACORDO COM O PARECER. DESFAVORAVEL AO 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO - visto que laudo de RNM anexado descreve acromio retilineo, com inclinacao lateral neutra. DESFAVORAVEL AO OPME ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM ja que as lesoes sao tendinosas e nesse casos nao ha superioridade em relacao as metalicas; assim sugiro a troca.

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 80743230075	101068301	CANULA DISSECTORA BIPOLAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2- 00 80743230002	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3- 00 80777280006	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido em 20/02/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM MEDICO ASSISTENTE DE ACORDO COM O PARECER. DESFAVORAVEL AO 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO - visto que laudo de RNM anexado descreve acromio retilineo, com inclinacao lateral neutra. DESFAVORAVEL AO OPME ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM ja que as lesoes sao tendinosas e nesse casos nao ha superioridade em relacao as metalicas; assim sugiro a troca. / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização