

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 96006977
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 01/08/2024 15:21	5 - Senha 96006977	6 - Data de Validade da Senha 30/09/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000004717468	8 - Validade da Carteira 21/03/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

DOUGLAS ARNALDO GONCALVES PERASSOLLI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA
---	---

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 78.614.971/0001-19	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 05/08/2024 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

OSTEONECROSE SINOVITE SLAP

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	30735025	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS	1	1
2- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	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 78.614.971/0001-19	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	44 - Código CNES 2580055
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 01/08/2024 / Empresa / Titular: SERGIO ANTONIO PERASSOLLI

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 96006977

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 96006977	4 - Senha 96006977	5 - Data da Autorização 01/08/2024 15:21	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 96006977
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000004717468	29 - Nome Social DOUGLAS ARNALDO GONCALVES PERASSOLLI

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica OSTEONECROSE + SINOVITE + SLAP OSTEONECROSE SINOVITE SLAP	

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		00162477		CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000				_		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80356130052				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _									

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 01/08/2024 / Empresa / Titular: SERGIO ANTONIO PERASSOLLI
--

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