

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000007774629</b>									
4 - Data da Autorização <b>05/06/2024</b>		5 - Senha <b>7774629</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>19/06/2024</b>							
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira <b>530320 - Titular</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN <b>N</b>							
50 - Nome Social											
10 - Nome <b>JOSEFA MADALENA DE OLIVEIRA DUARTE</b>											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora <b>946</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>BRUNO BOSIO DA SILVA</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>32301</b>		17 - UF <b>PR</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>05/06/2024 07:30</b>						
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>		23 - Tipo de Internação <b>2</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 Quimioterapia <b>N</b>	
28 - Indicação Clínica											
29-CID10 Principal (opcional) <b>M751</b>		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)		32-CID10(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</b>				<b>1 1</b>			
2- <b>22</b>		<b>30735068</b>		<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR</b>				<b>1 1</b>			
3- <b>22</b>		<b>30735084</b>		<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA</b>				<b>1 1</b>			
4- <b>18</b>		<b>60000805</b>		<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA</b>				<b>1 1</b>			
5- <b>11</b>		<b>30735033</b>		<b>ACROMIOPLASTIA</b>				<b>1 1</b>			
6- <b>11</b>		<b>30735068</b>		<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR</b>				<b>1 1</b>			
7- <b>11</b>		<b>30735084</b>		<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA</b>				<b>1 1</b>			
8- <b>11</b>		<b>60000805</b>		<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA</b>				<b>1 1</b>			
9- <b>11</b>		<b>30735033</b>		<b>ACROMIOPLASTIA</b>				<b>1 1</b>			
10- <b>11</b>		<b>30735068</b>		<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR</b>				<b>1 1</b>			
11- <b>11</b>		<b>30735084</b>		<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA</b>				<b>1 1</b>			
12- <b>11</b>		<b>60000805</b>		<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA</b>				<b>1 1</b>			
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>05/06/2024 07:30</b>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>		41 - Tipo da acomodação autorizada <b>1</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 Por: HOL em 20/05/2024 / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. / Empresa / Titular: J. M. O. DUARTE - PADARIA											
46 - Data da Solicitação <b>20/05/2024 12:45</b>		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 000007774629

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>000007774629</b>	4 - Senha <b>7774629</b>	5 - Data da Autorização <b>05/06/2024</b>	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora <b>000007774629</b>
-----------------------------------	---	-----------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>530320 - Titular</b>	29 - Nome Social
8 - Nome <b>JOSEFA MADALENA DE OLIVEIRA DUARTE</b>	

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>BRUNO BOSIO DA SILVA</b>	10 - Telefone <b>(43) 3379-2200</b>	11 - E-mail <b>b.bosio@yahoo.com.br</b>
---	--	--

## Dados da cirurgia

### 12 - Justificativa técnica

Material(is) solicitado(s) tecnicamente compatível(is).

Autorizado para ARTHROM previamente negociado.

O Hospitalar poderá solicitar as imagens intra/pós operatória para conferência.

OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa.

Para autorização de faturamento é necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RDC nº 14, de 5 de abril de 2011. PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL.

## OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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-	<b>34870</b>	LAMINA DE SHAVER <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORT</b>		<b>2</b>		<b>2</b>	
2-	<b>33850</b>	PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORT</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
3-	<b>35650</b>	PARAFUSO ANCORA 5,0 COM FIO DE SUTURA <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORT</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	
4-							
5-							
6-							

### 24 - Especificação do material

33850 - Esta ponteira foi liberada em caso exepcional

25 - Observações / Justificativa  
Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: HOL em 20/05/2024 /PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. / Empresa / Titular: J. M. O. DUARTE - PADARIA

26 - Data da Solicitação  
**20/05/2024 12:45**

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização