

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90438746
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 10/03/2023 10:37	5 - Senha 90438746	6 - Data de Validade da Senha 09/05/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000002394524	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

OLGA MITSUE FUKUMOTO

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 13/03/2023 00:00
--	---	---

22 - Caráter do Atendimento 1	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

artrose acentuada 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	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4- []	[]		[]	[]
5- []	[]		[]	[]
6- []	[]		[]	[]
7- []	[]		[]	[]
8- []	[]		[]	[]
9- []	[]		[]	[]
10- []	[]		[]	[]
11- []	[]		[]	[]
12- []	[]		[]	[]

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 10/03/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO TE NODESE - UMA VEZ QUE CLASSICAMENTE NAO DEVE MAIS TER TENDOES REPARAVEIS, ALEM DISSO, INTEGRA O ATO CIRURGICO PRINCIPAL. CONFORME INSTRUCOES GERAIS DO ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED. QUANDO UM ATO CIRURGICO FOR PARTE INTEGRANTE DE OUTRO, VALORAR-SE-A NAO O SOMATORIO DO CONJUNTO, MAS APENAS O ATO PRINCIPAL. ALEM DISSO, CONFORME PARECER 12/2017 CFM SOMENTE A COBRANCA DO PROCE

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 90438746	4 - Senha 90438746	5 - Data da Autorização 10/03/2023 10:37	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90438746
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000002394524	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

OLGA MITSUE FUKUMOTO

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

artrose acentuada de ombro direito

artrose acentuada de ombro direito

AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO TENODESE - UMA VEZ QUE CLASSICAMENTE NAO DEVE MAIS TER TENDONES REPARAVEIS, ALEM DISSO, INTEGRA O ATO CIRURGICO PRINCIPAL. CONFORME INSTRUcoes GERAIS DO ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED. QUANDO UM ATO CIRURGICO FOR PARTE INTEGRANTE DE OUTRO, VALORAR-SE-A NAO O SOMATORIO DO CONJUNTO, MAS APENAS O ATO PRINCIPAL. ALEM DISSO, CONFORME PARECER 12/2017 CFM SOMENTE A COBRANCA DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL E DEVIDA, VISTO QUE O ATO COMPLEMENTAR, APESAR DE EXISTIR COMO UM ATO CIRURGICO INDEPENDENTE, O MESMO JA ESTA CONTEMPLADO NA CIRURGIA PRINCIPAL.

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
7- 00 80044680228	74884506	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 180557 PARAFUSO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/>
8- 19 80044680228	74885006	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSERT ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 10/03/2023 / AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO TENODESE - UMA VEZ QUE CLASSICAMENTE NAO DEVE MAIS TER TENDONES REPARAVEIS, ALEM DISSO, INTEGRA O ATO CIRURGICO PRINCIPAL. CONFORME INSTRUcoes GERAIS DO ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED. QUANDO UM ATO CIRURGICO FOR PARTE INTEGRANTE DE OUTRO, VALORAR-SE-A NAO O SOMATORIO DO CONJUNTO, MAS APENAS O ATO PRINCIPAL. ALEM DISSO, CONFORME PARECER 12/2017 CFM SOMENTE A COBRANCA DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL E DEVIDA, VISTO QUE O ATO COMPLEMENTAR, APESAR DE EXISTIR COMO UM ATO CIRURGICO INDEPENDENTE, O MESMO JA ESTA CONTEMPLADO NA CIRURGIA PRINCIPAL. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

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