

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93136849</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>10/11/2023 10:28</b>	5 - Senha <b>93136849</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>09/02/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1170000001664644</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**VILMA DE FATIMA RODRIGUES MELLO**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>08.271.755/0001-32</b>	13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>JULIO DE CASTRO NETO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>14390</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>08.271.755/0001-32</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>30/11/2023 07:00</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

28 - Indicação Clínica  
EM ANEXO

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>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</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="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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>08.271.755/0001-32</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6074502</b>
---	--	------------------------------------

## 45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/11/2023 / PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Conforme Junta Medica: 30735084 Resseccao lateral da clavícula - procedimento videoartroscopico de ombro - Indeferido. Sem patologias claviculares no laudo do exame ou dados no relatório medico que suportem a solicitação considerando-se estudos nível 1 de evidencia. AGULHA DE SUTURA - Indeferido. Material não é OPME e sim instrumental descartável, não sendo imprescindível para a realização do procedimento, que pode ser realizado com instrumentais permanentes/descartáveis ou itens de consumo hospitalar fornecidos pelo hospital.

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

**93136849**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>93136849</b>	4 - Senha <b>93136849</b>	5 - Data da Autorização <b>10/11/2023 10:28</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93136849</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1170000001664644</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome <b>VILMA DE FATIMA RODRIGUES MELLO</b>
--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>JULIO DE CASTRO NETO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica EM ANEXO EM ANEXO PARCIALMENETE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM.Conforme Junta Medica;30735084 Resseccao lateral da clavícula - procedimento videoartroscopico de ombro - Indeferido. Sem patologias claviculares no laudo do exame o u dados no relatorio medico que suportem asolicitacao considerando-se estudos nivel 1 de evidencia.AGULHA DE SUTURA - Indeferido. Material nao e OPME e sim instrumental descartavel, nao sendo imprescindivel para a realizacao doproced imento, que pode ser realizado com instrumentais permanentes/descartaveis ou itens de consumo hospitalarfornechos pelo hospital ou fornecedor de OPME, sem prejuizo para a tecnica, paciente ou resultado final de acordocom a literatura atua l.
--

## 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- <b>80356130052</b>	<b>00499293</b>	<b>CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000</b>	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2- <b>10417940137</b>	<b>72466146</b>	<b>ANCORA COM APLICADOR DESCARTAVEL - 2831-027/ 39.44.04.00027 -</b>	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3- <b>80743230025</b>	<b>00 00116700</b>	<b>CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200</b>	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4- <b>81841289001</b>	<b>00 00934631</b>	<b>EQUIPO IRRIGACAO BOMBA INFUSAO VIA PUMP LV/10K VM-04-01-01</b>	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<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"/>
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"/>

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/11/2023 /PARCIALMENETE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM.Conforme Junta Medica;30735084 Resseccao lateral da clavícula - procedimento videoartroscopico de ombro - Indeferido. Sem patologias claviculares no laudo do exame ou dados no relatorio medico que suportem asolicitacao considerando-se estudos nivel 1 de evidencia.AGULHA DE SUTURA - Indeferido. Material nao e OPME e sim instrumental de scartavel, nao sendo imprescindivel para a realizacao doprocedimento, que pode ser realizado com instrumentais permanentes/descartaveis ou itens de consumo hospitalarfornechos pelo hospital ou fornecedor de OPME, sem prejuizo para a tcnica, paciente ou resultado final de acordocom a literatura atual. / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--

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