

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92698880
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 29/09/2023 11:01	5 - Senha 92698880	6 - Data de Validade da Senha 28/11/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000053655063	8 - Validade da Carteira 01/02/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

RICARDO ALEXANDRE FELISBERTO DE OLIVEIRA

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 06/10/2023 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

EDEMA ACROMIOCLAVICULAR 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	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
3- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 29/09/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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 92698880	4 - Senha 92698880	5 - Data da Autorização 29/09/2023 11:01	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92698880
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000053655063	29 - Nome Social

8 - Nome
RICARDO ALEXANDRE FELISBERTO DE OLIVEIRA

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
EDEMA ACROMIOCLAVICULAR / SLAP	
EDEMA ACROMIOCLAVICULAR 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	71502661			ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J		_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
80044680086				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
2- 00	00590045			LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
80777280006				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
3- 00	00116700			CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
80743230025				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
4- 00	70917540			CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO		_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
80777280003				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 29/09/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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