

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91596114
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 21/06/2023 08:24	5 - Senha 91596114	6 - Data de Validade da Senha 20/08/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000002101648	8 - Validade da Carteira 10/09/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

NILSON EDEMIR GALLI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0002-08	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19896	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0002-08	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI	21 - Data sugerida para Internação 26/06/2023 00:00
--	---	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

solicitação de cirurgia de ombro esquerdo

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	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART	1	1
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 0	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0002-08	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI	44 - Código CNES 2577704
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido em 21/06/2023 / Empresa / Titular: NILSON EDEMIR GALLI

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 91596114	4 - Senha 91596114	5 - Data da Autorização 21/06/2023 08:24	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91596114
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000002101648	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

NILSON EDEMIR GALLI

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

03 ancoras juggerknot 78890578/02 laminas de shaver /01 radiofrequencia bipolar78632951/01 guia flexivel para sutura do Mr - cotar na arthrom
solicitação de cirurgia de ombro esquerdo

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- 80777280006	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
2- 80082910131	00608459	PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 80356130057	00712639	GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 00 80083650087	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido em 21/06/2023 / Empresa / Titular: NILSON EDEMIR GALLI

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização