

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94708558</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>09/04/2024 17:13</b>	5 - Senha <b>94708558</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>08/06/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000003173200</b>	8 - Validade da Carteira <b>07/08/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**AMAURI GOMES POLIZELLI**

## 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>RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>26535</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>10/04/2024 00:00</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 <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

SINDR DO MANGUITO ROTADOR

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M751</b>	30 - CID 10(2) (opcional) <b>M751</b>	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>30735084</b>	<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30735092</b>	<b>TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>

## 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 09/04/2024 / Empresa / Titular: AMAURI GOMES POLIZELLI

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 94708558

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94708558	4 - Senha 94708558	5 - Data da Autorização 09/04/2024 17:13	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94708558
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000003173200	29 - Nome Social
8 - Nome AMAURI GOMES POLIZELLI	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM OMBRO DIREITO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO. SINDR DO MANGUITO ROTADOR	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -	_ _  3	_ _ _ _ _ _ _  3	_ _ _ _ _ _ _
80083650063		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
2- 00	76221229	ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	_ _  2	_ _ _ _ _ _ _  2	_ _ _ _ _ _ _
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
3- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ _  2	_ _ _ _ _ _ _  2	_ _ _ _ _ _ _
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
4- 00	75788993	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 165 11 70 85 CANULA CO	_ _  1	_ _ _ _ _ _ _  1	_ _ _ _ _ _ _
80777280101		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
5- 00	00622494	GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000	_ _  1	_ _ _ _ _ _ _  1	_ _ _ _ _ _ _
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 09/04/2024 / Empresa / Titular: AMAURI GOMES POLIZELLI		
---	--	--

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