

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91922224</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>19/07/2023 17:12</b>	5 - Senha <b>91922224</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>17/09/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000032241049</b>	8 - Validade da Carteira <b>29/12/2023</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**EZIO RADIGONDA**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.614.971/0001-19</b>	13 - Nome do Contratado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>DANILO CANESIN DAL MOLIN</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>24619</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>78.614.971/0001-19</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>21/07/2023 00:00</b>			
22 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

RUPTURA DE BICEPS DISTAL C RETRAÇÃO DE 10CM

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>30720010</b>	<b>ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRACO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30719127</b>	<b>TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
4- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
6- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
7- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
8- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
9- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
10- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
11- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
12- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.614.971/0001-19</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2580055</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 19/07/2023 / Empresa / Titular: SONIA MARIA MACARINI RADIGONDA

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>91922224</b>	4 - Senha <b>91922224</b>	5 - Data da Autorização <b>19/07/2023 17:12</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91922224</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000032241049</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

**EZIO RADIGONDA**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>DANILO CANESIN DAL MOLIN</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
RUPTURA DE BICEPS DISTAL C/ RETRAÇÃO DE 10CM  
RUPTURA DE BICEPS DISTAL C RETRAÇÃO DE 10CM

## 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>00</b> <b>80044680067</b>	<b>72320893</b>	<b>DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
2- <b>00</b> <b>10247700152</b>	<b>101445288</b>	<b>HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-17-01 NANO HTA 1,7 X 5,0M ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
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"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 19/07/2023 / Empresa / Titular: SONIA MARIA MACARINI RADIGONDA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização