

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90592784
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 23/03/2023 12:34	5 - Senha 90592784	6 - Data de Validade da Senha 22/05/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000002385905	8 - Validade da Carteira 28/09/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARIA ANAGMAR DORIGO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
---	--

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 04.762.301/0001-03	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 03/04/2023 00:00
--	---	---

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

28 - Indicação Clínica

ARTROPATIA GLENOMERAL ESQUERDA ARTROPATIA DO MANGUITO ROTADOR E LESAO DE ALÇA DO MANGUITO

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	30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CI	1	1
2- 22	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- <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"/>
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 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 2758083
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR

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 90592784	4 - Senha 90592784	5 - Data da Autorização 23/03/2023 12:34	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90592784
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000002385905	29 - Nome Social

8 - Nome
MARIA ANAGMAR DORIGO

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	ARTROPATIA GLENOMERAL ESQUERDA. ARTROPATIA DO MANGUITO ROTADOR E LESAO DE ALÇA DO MANGUITO. ARTROPATIA GLENOMERAL ESQUERDA ARTROPATIA DO MANGUITO ROTADOR E LESAO DE ALÇA DO MANGUITO

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- 80044680228	00 74885103	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115395 PARAFUSO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1 _ _ _ _ , _ _ _			1	_ _ _ _ , _ _ _
2- 10243070062	00 72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2 _ _ _ _ , _ _ _			2	_ _ _ _ , _ _ _
3- 80044680228	00 74884506	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 180557 PARAFUSO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 4 _ _ _ _ , _ _ _			4	_ _ _ _ , _ _ _
4- 80044680228	00 74885006	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSERT ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1 _ _ _ _ , _ _ _			1	_ _ _ _ , _ _ _
5- 80044680228	74884166	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 010000589 PLACA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1 _ _ _ _ , _ _ _			1	_ _ _ _ , _ _ _
6- 80044680117	74865641	SISTEMA DE OMBRO COMPREHENSIVE - 113650 - HASTE UMERAL 10M ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1 _ _ _ _ , _ _ _			1	_ _ _ _ , _ _ _

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização