

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91172049
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 12/05/2023 15:45	5 - Senha 91172049	6 - Data de Validade da Senha 21/07/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001763448	8 - Validade da Carteira 30/09/2022	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

SIRLEINE PIROLO OTMAN

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 17/05/2023 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

solicitação de cirurgia de ombro direito

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	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	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 1	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 12/05/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 91172049	4 - Senha 91172049	5 - Data da Autorização 12/05/2023 15:45	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91172049
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001763448	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome SIRLEINE PIROLO OTMAN
--

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica 01 kit protese reversa do ombro - cotar na arthrom solicitação de cirurgia de ombro direito

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- 81207919001	00660108	SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- 80044680228	74884239	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115310 GLENOSFE	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 80044680228	74884573	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115370 BANDEJA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 80044680228	74884140	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 180554 PARAFUSO	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5- 00 80044680228	74885103	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115395 PARAFUSO	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
6- 80044680228	74885006	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSERT	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 12/05/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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

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