

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91743616</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>04/07/2023 08:44</b>	5 - Senha <b>91743616</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/09/2023</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0970000010216450</b>	8 - Validade da Carteira <b>31/08/2023</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**SEBASTIAO ROSSI**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>04.762.301/0001-03</b>	13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</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>04.762.301/0001-03</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>10/07/2023 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>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
-----------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------------

28 - Indicação Clínica

LESÃO DE MANGUITO ROTADOR DIREITO FRATURA DE GLENOIDE C LESÃO LABRAL APÓS LUXAÇÃO 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) <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>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735041</b>	<b>LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735092</b>	<b>TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>
-------------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------------

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 04/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA 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 <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>91743616</b>	4 - Senha <b>91743616</b>	5 - Data da Autorização <b>04/07/2023 08:44</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91743616</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0970000010216450</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	SEBASTIAO ROSSI
----------	-----------------

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

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>LESÃO DE MANGUITO ROTADOR DIREITO; FRATURA DE GLENOIDE C/ LESÃO LABRAL / APÓS LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.</p> <p>LESÃO DE MANGUITO ROTADOR DIREITO FRATURA DE GLENOIDE C LESÃO LABRAL APÓS LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO</p> <p>AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM</p>

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- 00		71502661		ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912068	ANCORA FLEXIVEL J	_	4		_ _ _ _ _ _ _	4		_ _ _ _ _ _ _			
80044680086				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
2- 00		00590045		LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		_	2		_ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _			
80777280006				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
3- 00		70917540		CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO		_	1		_ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _			
80777280003				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
4- 00		00596221		GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M		_	1		_ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _			
80743230002				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
5- 00		00116700		CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		_	1		_ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _			
80743230025				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_		_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 04/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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