

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95191455
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 20/05/2024 17:37	5 - Senha 95191455	6 - Data de Validade da Senha 19/07/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000061716076	8 - Validade da Carteira 01/02/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

EMERSON DE SOUZA GONCALVES

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA
---	---

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 78.614.971/0001-19	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 27/05/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

luxação ombro esquerdo fratura glenoidal lesao labral

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	30717108	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- 22	30735050	LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE O	1	1
3- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 20/05/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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 95191455	4 - Senha 95191455	5 - Data da Autorização 20/05/2024 17:37	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95191455
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000061716076	29 - Nome Social

8 - Nome
EMERSON DE SOUZA GONCALVES

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

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>luxação ombro esquerdo + fratura glenoidal + lesao labral</p> <p>luxação ombro esquerdo fratura glenoidal lesao labral</p>

OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Material		15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizada		
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1- 00	71502661	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J		4	,	4	,		
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- 00	00499218	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 891630000		2	,	2	,		
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
3- 00	00241202	TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009		1	,	1	,		
80371250020		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
4- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1	,	1	,		
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
5- 00	00622494	GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000		1	,	1	,		
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
6-	77326458	PARAFUSO CANULADO PARA SINTESE OSSEA GM - 106-40-08-16 - MIN		1	,	1	,		
10244700017		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 20/05/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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