

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90463729
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 13/03/2023 14:58	5 - Senha 90463729	6 - Data de Validade da Senha 12/05/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000002205508	8 - Validade da Carteira 26/01/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

NAIR BOSCOLO GARLA

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 BRUNO BOSIO DA SILVA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 32301	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
--	---	------------------------------------

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
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
EM ANEXO

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	30732026	ENXERTO OSSEO	1	1
2- 22	30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CI	1	1
3- 22	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	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 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 13/03/2023 / Empresa / Titular: NAIR BOSCOLO GARLA

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 90463729	4 - Senha 90463729	5 - Data da Autorização 13/03/2023 14:58	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90463729
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000002205508	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

NAIR BOSCOLO GARLA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
EM ANEXO
EM ANEXO

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 10243070062	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	2	2		2	
2- 74885006 80044680228		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1			
3- 00 80044680228	74884506	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSERT	4	4			
4- 00 80696930008	71992243	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 180557 PARAFUSO	1	1			
5- 00934780 80044680228		ARTHROSS - ORTHOSS BLOCK BLOCO DE 1 CM X 1 CM X 2 CM	1	1			
6- 74865641 80044680117		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1			
		SISTEMA OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE PLACA BASE ESTENDI	1	1			
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1			
		SISTEMA DE OMBRO COMPREHENSIVE - 113650 - HASTE UMERAL 10M	1	1			
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 13/03/2023 / Empresa / Titular: NAIR BOSCOLO GARLA

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
--------------------------	---	---