

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>92882362</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>18/10/2023 10:16</b>	5 - Senha <b>92882362</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>17/12/2023</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000032118107</b>	8 - Validade da Carteira <b>31/12/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**EDSON PEREIRA DE SOUZA**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>07.142.188/0001-51</b>	13 - Nome do Contratado <b>SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA</b>
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>26535</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>07.142.188/0001-51</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>30/10/2023 00:00</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento <b>1</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

M751 Ruptura do manguito Rotador

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>30735033</b>	<b>ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735084</b>	<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30735092</b>	<b>TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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>1</b>
-------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>07.142.188/0001-51</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA</b>	44 - Código CNES <b>2729539</b>
-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 18/10/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA

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>92882362</b>	4 - Senha <b>92882362</b>	5 - Data da Autorização <b>18/10/2023 10:16</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92882362</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000032118107</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	EDSON PEREIRA DE SOUZA
----------	------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
Paciente apresentando lesões em ombro esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico	
M751 Ruptura do manguito Rotador	

OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Material 21 - Registro ANVISA do Material		15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	_  2  _ _ _ _ _ _ _ _  2  _ _ _ _ _ _ _ _						
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
2- 00	71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -	_  3  _ _ _ _ _ _ _ _  3  _ _ _ _ _ _ _ _						
80083650063		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	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_  1  _ _ _ _ _ _ _ _  1  _ _ _ _ _ _ _ _						
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
5- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	_  1  _ _ _ _ _ _ _ _  1  _ _ _ _ _ _ _ _						
80743230002		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
6- 00	76221229	ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	_  1  _ _ _ _ _ _ _ _  1  _ _ _ _ _ _ _ _						
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 18/10/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA

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