

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91649502
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 26/06/2023 10:50	5 - Senha 91649502	6 - Data de Validade da Senha 11/09/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000061806005	8 - Validade da Carteira 30/01/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

FATIMA REGINA ODA DA SILVA

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 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 04.762.301/0001-03	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 03/07/2023 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

RUPTURA PARCIAL SUPRA INFRAESPINHOSO DIREITO CAPSULITE ADESIVA ARTROSE ACROMOCLAVICULAR

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	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
2- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	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	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
6- 11	1111111111		1111	1111
7- 11	1111111111		1111	1111
8- 11	1111111111		1111	1111
9- 11	1111111111		1111	1111
10- 11	1111111111		1111	1111
11- 11	1111111111		1111	1111
12- 11	1111111111		1111	1111

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 26/06/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME GUIA FLEXIV EL PASSADOR SUTURA ESTERIL - Apos reanalise do processo, material nao autorizado, uma vez que existe sua apresentacao permanente (reprocessavel), sendo consi derado incluso em taxa de sala do centro cirurgico..TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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 91649502	4 - Senha 91649502	5 - Data da Autorização 26/06/2023 10:50	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91649502
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000061806005	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

FATIMA REGINA ODA DA SILVA

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

RUPTURA PARCIAL SUPRA INFRAESPINHOSO DIREITO, CAPSULITE ADESIVA, ARTROSE ACROMOCLAVICULAR

RUPTURA PARCIAL SUPRA INFRAESPINHOSO DIREITO CAPSULITE ADESIVA ARTROSE ACROMOCLAVICULAR

AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL - Apos reanalise do processo, material nao autorizado, uma vez que existe sua apresentacao permanente (reprocessavel), sendo considerado incluso em taxa de sala do centro cirurgico..TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR

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 80044680086	71502661	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
2- 00 80777280006	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3- 00 80743230025	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 00 80777280003	74683101	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 11 70 85 CANULA CO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 26/06/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL - Apos reanalise do processo, material nao autorizado, uma vez que existe sua apresentacao permanente (reprocessavel), sendo considerado incluso em taxa de sala do centro cirurgico..TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização