

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91396754	
4 - Data da Autorização 31/05/2023 17:37	5 - Senha 91396754	6 - Data de Validade da Senha 30/07/2023

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0050000048090193	8 - Validade da Carteira 25/05/2025	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome PATRICIA ELEN OMODEI DE SOUZA		

Dados do Contratado Solicitante						
12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24		13 - Nome do Contratado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA			15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19896	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ 08.214.460/0001-24		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 05/06/2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia de ombro esquerdo						
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	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1	
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1	
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1	
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1	
5- []	[]		[]	[]	
6- []	[]		[]	[]	
7- []	[]		[]	[]	
8- []	[]		[]	[]	
9- []	[]		[]	[]	
10- []	[]		[]	[]	
11- []	[]		[]	[]	
12- []	[]		[]	[]	

Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas 0	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.214.460/0001-24		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA		44 - Código CNES 5301424
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 31/05/2023 / Empresa / Titular: OMODEI E OMODEI 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
343269

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

12/06/2023 09:31

5 - Senha

91499705

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

91499705

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0050000048090193

31 - Nome Social

8 - Nome

PATRICIA ELEN OMODEI DE SOUZA

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

08.214.460/0001-24

10 - Nome do Contratado

HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA

11 - Nome do Profissional Solicitante

FERNANDO TAKAO CINAGAVA

12 - Conselho Profissional

06

13 - Número do Conselho

19896

14 - UF

41

15 - Código CBO

225270

Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas

1

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

1

18 - Indicação Clínica

solicito liberação de pacote

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut
1- 98	08011940	PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA	1	1
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>

Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

1

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

1

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido em 12/06/2023 / Empresa / Titular: OMODEI E OMODEI LTDA

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização