

Reduz a Tensão (capa)
(cunha de suporte lateral)

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|-----------|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | 4 - Data de Autorização 05/06/2023 | 5 - Série | 6 - Data de Validade da Série 05/06/2023 |
| 7 - Número da Carteira 01170000001889018 | | | | |
| 8 - Validade da Carteira 05/06/2023 | | | | |
| 9 - Atendimento a RN N | | | | |
| 10 - Nome ISABELLA CAMILLY RODRIGUES | | | | |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde | | | | |
| 12 - Nome do Contratado Solicitante | | | | |
| 13 - Nome do Contratado FERNANDO TAKAO CINAGAVA | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA | | | | |
| 15 - Conselho Profissional 19896 | | | | |
| 16 - Número no Conselho 19896 | | | | |
| 17 - UF PR | | | | |
| 18 - Código CBO 225270 | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 08.214.460/0001-24 | | | | |
| 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA | | | | |
| 21 - Data sugerida para internação 05/06/2023 | | | | |
| 22 - Caracter de atendimento | | | | |
| 23 - Tipo de internação | | | | |
| 24 - Regime de internação | | | | |
| 25 - Cidade, Datas Solicitadas | | | | |
| 26 - Previsão de uso de OPM | | | | |
| 27 - Previsão de uso de quimioterápico | | | | |
| 28 - Indicação Clínica Lesão do ombro posterior, necessita de cirurgia para fixação posterior do ombro, sutura labral, necessita de ancoras soft e não as metálicas pois os implantes serão colocados articulares e a chance de lesão de cartilagem com a ancora metálica é maior, pois o furo de iniciação da metálica é de 3 mm e a de tecido é de 1,5 mm, também caso a ancora migre, pode causar lesão de cartilagem | | | | |
| 29 - CID 10 Principal M244 | | | | |
| 30 - CID 10 (2) | | | | |
| 31 - CID 10 (3) | | | | |
| 32 - CID 10 (4) | | | | |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | | | | |
| 34 - Tabela 22 | | | | |
| 35 - Código do Procedimento 30735041 | | | | |
| 36 - Descrição Lesão labral - procedimento videofasciopl | | | | |
| 37 - Cidade, Solic | | | | |
| 38 - Cidade, Aut | | | | |
| 39 - Data Provisória de Admissão Hospitalar | | | | |
| 40 - Cidade, Datas Autorizadas | | | | |
| 41 - Tipo de Acomodação Autorizada | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | | | |
| 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | | | | |
| 44 - Código CNES 9999999 | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa 3 ancoras jurgerknot 2 lamina de shaver 1 radiofrequencia bipolar 1 canula artroscopica | | | | |
| 46 - Data de Solicitação 05/06/2023 | | | | |
| 47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Fernando T. Cinagava Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 19896 | | | | |
| 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | | | |
| 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | |