

1 - ANS 3269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91687925	
4 - Data da Autorização 28/06/2023 15:22	5 - Senha 91687925	6 - Data de Validade da Senha 29/08/2023

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 9750000010865686	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome Social		
10 - Nome EDSON ANTONIO MIURA		

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 10/07/2023 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 N	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- 98	08011940	PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA	1	1	
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1	
6- []	[]		[]	[]	
7- []	[]		[]	[]	
8- []	[]		[]	[]	
9- []	[]		[]	[]	
10- []	[]		[]	[]	
11- []	[]		[]	[]	
12- []	[]		[]	[]	

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 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 28/06/2023 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA			
--	--	--	--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização