

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91688908</b>	
4 - Data da Autorização <b>28/06/2023 15:59</b>	5 - Senha <b>91688908</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>27/08/2023</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000059876320</b>	8 - Validade da Carteira <b>01/12/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>LUCAS PAULINO DA SILVA</b>		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>08.214.460/0001-24</b>		13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>FERNANDO TAKAO CINAGAVA</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>19896</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>08.214.460/0001-24</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>10/07/2023 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>0</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
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) <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>30735050</b>	<b>LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE O</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- <b>22</b>	<b>30735041</b>	<b>LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
4- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
5- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
6- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
7- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
8- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
9- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
10- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
11- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	
12- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]	

Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>0</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>08.214.460/0001-24</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA</b>		44 - Código CNES <b>5301424</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 28/06/2023 / Empresa / Titular: TATA CONSULTANCY SERVICES DO BRASIL LTDA				
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