

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91307913 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 24/05/2023 11:58 | 5 - Senha 91307913 | 6 - Data de Validade da Senha 23/07/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000002226165 | 8 - Validade da Carteira 21/02/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

ROSELI TEREZINHA PUTTI

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 29/05/2023 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 | 30735092 | TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 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"/> |
| 9- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 24/05/2023 / Empresa / Titular: ROSELI TEREZINHA PUTTI

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 91307913 | 4 - Senha 91307913 | 5 - Data da Autorização 24/05/2023 11:58 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91307913 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000002226165 | 29 - Nome Social |
|---|------------------|

8 - Nome

ROSELI TEREZINHA PUTTI

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|--|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

03 ancoras juggerknot78890578/ 02 laminas de shaver /01 radiofrequencia bipolar 78632951/ 01 guia flexivel para sutura do mr - cotar na arthrom
solicitação de cirurgia de ombro esquerdo

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- 80083650063 | 71876561 | ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2- 80082910131 | 00608459 | PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 3- 80356130057 | 00322229 | GANCHO COMPRESSAO SUTURA EXS2 741980000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 4- 00 80777280006 | 00590045 | LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | <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: / Emitido em 24/05/2023 / Empresa / Titular: ROSELI TEREZINHA PUTTI

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização