

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91524527
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 13/06/2023 16:52	5 - Senha 91524527	6 - Data de Validade da Senha 12/08/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000053551420	8 - Validade da Carteira 01/02/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

SERGIO TADAO FURUIE

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 19/06/2023 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- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	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 13/06/2023 /*01 radiofrequencia bipolar 78632951- material não padronizado conforme consenso da especialidade autorizado monopo lar***** / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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

26/06/2023 09:35

5 - Senha

91647349

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

91647349

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0050000053551420

31 - Nome Social

8 - Nome

SERGIO TADAO FURUIE

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 26/06/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

01 radiofrequencia bipolar 78632951- material não padronizado conforme consenso da especialidade autorizado monopolar***

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização