

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91210967</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
<b>16/05/2023 15:48</b>	<b>91210967</b>	<b>15/07/2023</b>

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000035939390</b>	8 - Validade da Carteira <b>10/07/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social			
------------------	--	--	--

10 - Nome

**KAROL AYUMI NISHIDA AMORIM SILVA**

### 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	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
<b>FERNANDO TAKAO CINAGAVA</b>	<b>06</b>	<b>19896</b>	<b>41</b>	<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>22/05/2023 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápicos
<b>1</b>	<b>C</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>S</b>	<b>N</b>

[illegible]

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>30731119</b>	<b>TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</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>1</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 16/05/2023 / Empresa / Titular: CAROLINE KAWAKAMI

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>91210967</b>	4 - Senha <b>91210967</b>	5 - Data da Autorização <b>16/05/2023 15:48</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91210967</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000035939390</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

**KAROL AYUMI NISHIDA AMORIM SILVA**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>FERNANDO TAKAO CINAGAVA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

01 parafuso interferencia absorvível /01 endoboton /01 lamina de shaver - cotar na arthrom  
solicito cirurgia do joelho 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- <b>10223680100</b>	<b>75787083</b>	<b>PLACA ENDOBOTTON E BOTON - IOL - 40040413251 PLACA ENDOBOT ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
2- <b>80777280006</b>	<b>00590045</b>	<b>LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
3- <b>00</b> <b>80044680085</b>	<b>72215755</b>	<b>PARAFUSOS DE INTERFERENCIA REABSORVIVEIS BIOMET - 905629 - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
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"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido em 16/05/2023 / Empresa / Titular: CAROLINE KAWAKAMI

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização