

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	

7 - Número da Carteira 0005000005756017	8 - Validade da Carteira 09/06/2023	9 - Atendimento a RN
10 - Nome ALEXANDRE BALLAROTTI	11 - Cartão Nacional de Saúde	

12 - Código na Operadora 01018896	13 - Nome do Contratado FERNANDO TAKAO CINAGAVA
14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA	15 - Conselho Profissional 6
16 - Número no Conselho 19896	17 - UF PR
18 - Código CBO 225270	

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.214.460/0001-24	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA
22 - Cerebral do atendimento	23 - Tipo de Internação
24 - Regime de Internação	25 - Cide, Dianas Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPM	27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica mi DO OMBRO ESQUERDO Artropatia degenerativa leve acromioclavicular. Bursite subacromial-subdeltóidea. Acentuada tendinopatia do supraespalhal e do infraespalhal, destacando-se rotura justaeisercional que compromete quase toda espessura tendínea nas fibras transicionais. Tendinopatia leve do subescapular e moderada do supraespalhal e do infraespalhal, destacando-se rotura degenerativa do segmento anterosuperior ao segmento posterosuperior do lábio da glenóide. Pequeno derrame articular gle			
29 - CID 10 Principal 0	30 - CID 10 (2) 0	31 - CID 10 (3) 0	32 - CID 10 (4) 0
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			

34 - Tabela 22	35 - Código do Procedimento 30735068	36 - Descrição Ruptura do manguito rotador - procedimento
37 - Cide, Solic 1	38 - Cide, Aut 1	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Cide, Dianas Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNE 9999999
45 - Observação / Justificativa	3 ancoras juggedknott 2 lamínes de shaver 1 radiofrequencia bipolar 1 guia flexível para sutura do MR	

46 - Data de Solicitação 09/06/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
-------------------------------------	---	--	---

Dr. Fernando T. Cinagava
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19896