

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90474559</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>14/03/2023 10:39</b>	5 - Senha <b>90474559</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>13/05/2023</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000002247367</b>	8 - Validade da Carteira <b>12/12/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**JACIRA MARTINS DA 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 <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>21/03/2023 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>1</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>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735084</b>	<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 <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 14/03/2023 / Empresa / Titular: JACIRA MARTINS DA SILVA

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

# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

**90474559**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>90474559</b>	4 - Senha <b>90474559</b>	5 - Data da Autorização <b>14/03/2023 10:39</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90474559</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000002247367</b>	29 - Nome Social
---------------------------------------------------	------------------

8 - Nome <b>JACIRA MARTINS DA SILVA</b>
--------------------------------------------

## 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 03 ancoras juggerknot / 2 laminas de shaver //1 radiofrequencia bipolar /1 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- <b>00</b> <b>80083650087</b>	<b>78890578</b>	<b>ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>3</b>		<input type="checkbox"/> <b>3</b>		<input type="checkbox"/>
2- <b>00</b> <b>80356130052</b>	<b>00162477</b>	<b>CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>		<input type="checkbox"/> <b>2</b>		<input type="checkbox"/>
3- <b>72686871</b> <b>80356130058</b>		<b>PONTEIRA DESCARTAVEL RAZEK - 881120000 - PONTEIRA DESCARTA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/>
4- <b>00</b> <b>80743230002</b>	<b>00596221</b>	<b>GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/>
5- <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"/>

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 14/03/2023 / Empresa / Titular: JACIRA MARTINS DA SILVA
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------