

90230737  
99984024  
OK

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

4 - Data de Autorização 17/02/2023	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
------------------------------------	-----------	-------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 01510000029782525	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
--	--------------------------	----------------------

10 - Nome WALISSON TEIXEIRA VIEIRA	11 - Cartão Nacional de Saúde
------------------------------------	-------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 01019896	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
---	------------------------------	-------------------------------	------------	------------------------

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	21 - Data sugerida para internação 17/02/2023
--	---	---

22 - Caracter 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	RM do ombro direito Rotura total do peitoral maior do ombro direito				
------------------------	---	--	--	--	--

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela 22	35 - Código do Procedimento 30731160	36 - Descrição Tenoplastia / enxerto de tendão - tratam	37 - Cide, Solic	38 - Cide, Aut
----------------	--------------------------------------	---	------------------	----------------

39 - Data Provável de 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 CNES 99999999
--	--	---------------------------

45 - Observação / Justificativa 1 TOGGLE LOC (ENDOBOTOM) 2 FIOS DE ALTA RESISTENCIA
---

46 - Data de Solicitação 17/02/2023	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