

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN							
10 - Nome Mouline Arnoldo		11 - Cartão Nacional de Saúde									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante DANILLO CANESIN DAL MOLIN		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho 24619		17 - UF		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSP DO CORAÇÃO		21 - Data sugerida para internação							
22 - Caráter do Atendimento G		23 - Tipo de Internação H		24 - Regime de Internação G		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 001		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Artroscopia do joelho rotacional @ - Defeito de mobilidade											
29 - CID 10 Principal (Opcional) M19		30 - CID 10 (2) (Opcional) M251		31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição		37 - Qtde Solic		38 - Qtde Aut			
01- 30717027		30717027		Artroscopia de ombro completo		01					
02- 30717167		30717167		Tmx infiltração muscular no ombro @		01					
03-											
04-											
05-											
06-											
07-				ARTROPLASTIA RARE RIA		01					
08-				KIT processo rima							
09-											
10-											
11-											
12-											
Dados da Autorização											
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo da Acomodação Autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				43 - Nome do Hospital / Local Autorizado				44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa											
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Danilo Canesin Dal Molin Ortopedia e Traumatologia CRM-PR-24619		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					