

1 - Registro ANS

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

JOAO VICTOR DA SILVA GUIMARAES

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

15 - Conselho
Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

19475 PR

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

2

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

1 2
LESAO LABRAL, LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO d
NECESSIDADE DE ANCORA NÃO METÁLICA DEVIDO A TRATAR-SE DE PATOLOGIA COM
INSTRUMENTAÇÃO INTRA-ARTICULAR, DEVENDO-SE EVITAR ANCORAS METALICAS
ACROMIOPLASTIA POR SINDROME DO IMPACTO

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)

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- 30735050	LUXAÇÃO GLENOUMERAL		
02- 30735041	LESÃO LABRAL		
03- 30735038	ACROMIOPLASTIA		
04- TAXA DE VIDEO			
05- ANCORAS JUGGERKNOT		3	
06- PONTEIRA SHAVER (MOLE/ÓSSEA)		2	
07- PONTEIRA RADIOFREQUÊNCIA		1	
08- EQUIPO 4 VIAS		1	
09- CANULA ARTROSCÓPICA		2	
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. Daniel F. C. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TEOT 59/8

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização