



1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	---	-------------------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 015226037	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome MERCEDES MARIA ATAHYDE		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ ____	13 - Nome do Contratado ____	14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 19475 PR
18 - UF ____		19 - Código CBO S ____

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 2 <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2 ____
26 - Lesão do Manguito Rotador e S. NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença a <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1 M <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal M75.1	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____
33 - CID 10 (4) ____		

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1-	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	____	____
2-	30735033	ACROMIOPLASTIA	____	____
3-	30735092	TENOTOMIA DO CABO LONGO DO BICEPS	____	____
4-	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	____	____
5-		TAXA VIDEO	____	____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		ANCORA Juggerknot C/2 FIOS	____	____	3
2-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	____	____	2
3-		RADIOFREQUENCIA monopolar	____	____	1
4-		EQUIPO 4 viaS	____	____	1
5-		CANULA ARTROSCOPICA	____	____	1
6-		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA	____	____	1
7-		ANCORA em peek QUATTRO	____	____	1

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código CNES ____

51 - Observação

51 - Observação _____ _____ _____		
--	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Daniel F. Vieira Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 19475 TEOT 99/8 ____/____/____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
--	---	--