

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

MARIA DE FATIMA CONCINO BARBOSA

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

CRM

5 - Conselho Profissional

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

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO
SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA
ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVÍCULA

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M75.1

30 - CID 10 (2) (Opcional)

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	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1
02	30735033	ACROMIOPLASTIA		1
03	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS		1
04	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVÍCULA		1
05		ÂNCORA 5mm C/2 FIOS		3
06		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2
07		RADIOFREQUENCIA monopolar		1
08		EQUIPO 4 vias		1
09		CANULA ARTROSCOPICA		1
10				
11				
12		TAXA DE VIDEO		

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. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TEOT 9918

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização