

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 TIAGO MONACO ROSATO		
11 - Cartão Nacional de Saúde 		12 - Código na Operadora 		
13 - Nome do Contratado 		14 - Nome do Profissional Solicitante 		
15 - Conselho Profissional 		16 - Número no Conselho 		
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 U		
23 - Tipo de Internação H		24 - Regime de Internação C		
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02		26 - Previsão de uso de OPME 		
27 - Previsão de uso de quimioterápico 		28 - Indicação Clínica Ruptura extra-articular de coto longo do Biceps. Tem coto remanescente intra-articular. Artrose acromioclavicular com edema		
29 - CID 10 Principal (Opcional) S962		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- 3073.3092		TENDONIA DO Biceps	01	
02- 3073.5084		Remoção do clavicula distal	01	
03- 3073.1089		TENODE DE CABO LONGO SUBPEITORAL	01	
04- 3150.2661		ÂNCORAS MONTADAS DE TECIDO (guglielmi)	02	
05- 0059.0045		LAMINA DE SHAVER	02	
06- 0011.6700		RADIO FREQUENCIA	01	
07- 				
08- 				
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 05/01/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Danilo Feresin Dal Molin</i> Ortopedia e Traumatologia		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 				