

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

50 - Nome Social

10 - Nome

EMERSON DE SOUZA JONAS

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 SANTO CARLOS

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

LUXAÇÃO OMBRO @
+ fratura glenóide
+ lesão labral

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S43.0

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	3073.50.41	Reflexo Labral	01	
02	3073.50.50	Tratamento Luxação glenóide	01	
03	3071.71.08	Tratamento de fratura ombro	01	
04				
05				
06		Âncoras Juggerknot	04	
07				
08		LAMINAS DE SAAVOIR	02	
09		CANULAS	01	
10		RADIOTRANSFUSÃO	01	
11		Quilo férivel	01	
12		propriso comêdo 3,5mm	01	

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

10/05/2024

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