

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

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código de Referência

13 - Nome do Contratado  
CRM

19475 PR

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

21 - Data sugerida para internação

22 - Causa de 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 E NECESSITANDO REPARO  
SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA  
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA  
ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

M75.1

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)

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	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 CLAVICULA		1
05	ANCORA jiggerknot C/2 FIOS		1
06	PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		3
07	RADIOFREQUENCIA monopolar		2
08	EQUIPO 4 viaS		1
09	CANULA ARTROSCOPICA		1
10	AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA		1
11	TAXA DE VIDEO		1
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

Dr. Daniel F. E. Vieira  
Ortopedia e Traumatologia

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização