

1 - Registro ANS **326755** 3 - Data de Autorização 4 - Senha 5 - Data de validade da Senha 6 - Data de Emissão da Guia

**Dados do Beneficiário / Paciente**

7 - Número da Carteira 8 - Plano 9 - Validade da Carteira 10 - Nome completo **ADELIA APARECIDA VIEIRA** 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 - Nome do Contratado **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** 14 - Código CNES **10475 PR** 15 - Nome do Profissional Solicitante **CRM** 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO S

**Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação**

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 21 - Nome do Prestador 22 - Caráter da Internação ☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência 23 - Tipo de internação ☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação **1 - Hospitalar** 25 - Qtd. Umas Solicitadas **NECESSITANDO REPARO**

26 - Indicação Clínica **SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA  
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA  
ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA**

**Hipótese Diagnóstica**

27 - Tipo de Doença **M75.1** 28 - Tempo de Doença ☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias 29 - Indicação de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros 30 - CID Principal 31 - CID (2) 32 - CID (3) 33 - CID (4)

**Procedimentos Solicitados**

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento **30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR** 37 - Qtd. Soli. 38 - Qtd. Aut. 1- **30735033 ACROMIOPLASTIA** 2- **30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS** 3- **30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA** 4- **ANCORA 5mm C/2 FIOS** 5- **PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)**

**OPM Solicitados**

39 - Tabela 40 - Código do OPM 41 - Descrição OPM 42 - Qtd. 43 - Fabricante 44 - Valor unitário 1- **RADIOFREQUENCIA monopolar** 2- **EQUIPO 4 vias** 3- **CANULA ARTROSCOPICA** 4- 5-

**Dados da Autorização**

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar **TAXA DE VIDEO** 46 - Qtd. Diárias Autorizadas 47 - Tipo de acomodação autorizada 48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 49 - Nome do Prestador Autorizado 50 - Código CNES

**51 - Observações**

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante e Traumatologista **Dr. Daniel F. F. Vieira** 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização