

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

00000 4529 7200

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

JAIR JOSE BATISTA DA SILVA

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

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 - 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

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR esq NECESSITANDO REPARO

28 - Indicação Clínica

SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

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 | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|---|-----------------|---------------|
| 01 - | 30735068 | RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR | | 1 |
| 02 - | 30735033 | ACROMIOPLASTIA | | 1 |
| 03 - | 30735084 | RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA | | 1 |
| 04 - | | ANCORA juggerknot C/2 FIOS | | 3 |
| 05 - | | PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) | | 2 |
| 06 - | | RADIOFREQUENCIA monopolar | | 1 |
| 07 - | | EQUIPO 4 viaS | | 1 |
| 08 - | | CANULA ARTROSCOPICA | | 1 |
| 09 - | | AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA | | 1 |
| 10 - | | TAXA DE VIDEO | | |
| 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

Dr. Daniel F. F. 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