

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 LUANA DOS SANTOS ALVES		

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
14 - Nome do Profissional Solicitante DANILLO CANESIN DALMOIN	15 - Conselho Profissional 24619
16 - Número do 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 DO CORAÇÃO	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação A	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

**LUXAÇÃO OMBRO ESQ.
SUR
HALLERACKS grande**

29 - CID 10 Principal (Opcional) J430	30 - CID 10 (2) (Opcional) M75.8	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- _____	30.73.50.50	LUXAÇÃO OMBRO @	01	____
02- _____	30.73.50.41	Reparo labral	01	____
03- _____	30.73.50.84	Remoção de clavícula distal	01	____
04- _____	_____	_____	____	____
05- _____	_____	_____	____	____
06- _____	_____	ANCORAS JUGGER KNOT	05	____
07- _____	_____	CAMINHAJO DE SRAVEN	02	____
08- _____	_____	OSNUH	01	____
09- _____	_____	guia flexível	01	____
10- _____	_____	RADIO FREQUENCIA	01	____
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 de Solicitação 27/08/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Danilo Canesin Dal Moim Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 24619	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------