

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		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 			
10 - Nome Social 			
10 - Nome <b>Paulo Cesar de Araujo Neto</b>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado 	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>DANILLO CAPELIN DE MORAES</b>		15 - Conselho Profissional 	
16 - Número do Conselho <b>24679</b>		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 <b>E</b>	23 - Tipo de Internação <b>A</b>	24 - Regime de Internação <b>C</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>02</b>
26 - Previsão de uso de OPME 		27 - Previsão de uso de quimioterápico 	
28 - Indicação Clínica <b>Reptura de m. posterior + subseqüente + tendinite de biceps lesão labral</b>			
29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M751</b>		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
01- <b>30735068</b>		<b>Repos de manopla rotunda</b>	<b>04</b>
02- <b>30735033</b>		<b>Admunição do</b>	<b>01</b>
03- <b>30735092</b>		<b>tenotomia do biceps</b>	<b>01</b>
04- <b> </b>			
05- <b> </b>			
06- <b>11502661</b>		<b>ANCORAS Puzoskurt</b>	<b>04</b>
07- <b>00591045</b>		<b>Amintas tipo suture</b>	<b>02</b>
08- <b>00116700</b>		<b>RADIOFREQUENCIA</b>	<b>01</b>
09- <b>30937540</b>		<b>ANULA</b>	<b>01</b>
10- <b>00596221</b>		<b>Guia flexível de sutura</b>	<b>01</b>
11- <b> </b>			
12- <b> </b>			
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 <b>11/10/2023</b>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Danilo Capelin Dal Molin</b> Ortopedia e Traumatologia	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	