

1 - Registro ANS 343269		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 0005000920945	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social Clara C. Fugato		
10 - Nome		

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS A S CARMEIRO	15 - Conselho Profissional 29716	16 - Número do 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 Hosp Evangélico	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento eleit.	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 ombro direito		

29 - CID 10 Principal (opcional) M75.1	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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3.0173.510.608	Reparo do manguito rotador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	3.0173.510.313	Artroscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	3.0173.510.912	Tendão do ombro CLB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	3.0173.510.215	Smactomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	10.409.707	Anest. 2,9 abaxial	10/31	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	0059.00045	Sutura	10/21	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	7468.3101	conduto	10/11	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	00116.7093	eletrocardiograma monitorado	10/11	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	0059.0222	gesso flexível p/ Sutura	10/11	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
42 - Código da Operadora / CNPJ autorizado 29/11/2023	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES		
45 - Observação / Justificativa material ortopédico		

46 - Data da Solicitação 26/10/23	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Carlos Carmeiro	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---