

1 - Registro ANS 31.292-4		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		
		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____		
Dados do Beneficiário				
7 - Nome do Beneficiário MARIA BERNADETE CAVICCHIOLI PEREIRA DA FONSECA		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN ____				
10 - Nome _____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		13 - Nome do Contratado CRM		
14 - Nome do Profissional Solicitante _____		15 - Conselho Profissional _____		
16 - Número no Conselho _____		17 - UF 19475 PR		
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 E	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	
26 - Previsão de uso de OPME _____		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____		
28 - Indicação Clínica LESÃO DO MANGUITO ROTADOR, NECESSITANDO REPARO SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA				
29 - CID 10 Principal M75.1		30 - CID 10 (2) _____		
31 - CID 10 (3) _____		32 - CID 10 (4) _____		
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	____	____
02- _____	30735033	ACROMIOPLASTIA	____	1 ____
03- _____	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	____	1 ____
04- _____	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	____	1 ____
05- _____		ANCORA jiggerknot C/2 FIOS	____	1 ____
06- _____		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	____	3 ____
07- _____		RADIOFREQUENCIA monopolar	____	2 ____
08- _____		EQUIPO 4 viaS	____	1 ____
09- _____		CANULA ARTROSCOPICA	____	1 ____
10- _____		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA	____	1 ____
11- _____		TAXA DE VIDEO	____	1 ____
12- _____			____	____
Dados da Internação				
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 ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Daniel F. F. Vieira Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 19475 TEOT 9918		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		