

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 0050000031614348		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
50 - Nome Social ALEXSSANDRO VALENTE			
10 - Nome			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional CRM	
16 - Número no Conselho 19475 PR		17 - UF	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ E2		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento 1		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação 2		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterapia	
28 - Indicação Clínica LESÃO LABRAL, LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO esq NECESSIDADE DE ANCORA FLEXIVEL DEVIDO A TRATAR-SE DE PATOLOGIA COM INSTRUMENTAÇÃO INTRA-ARTICULAR, DEVENDO-SE EVITAR ANCORAS METALICAS LESÃO DO TENDÃO SUBESCAPULAR NECESSITANDO REPARO  A1 M  M24.4/M751			
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 Item Assistencial	
36 - CID 10		37 - Qtde Solic	
38 - Qtde Aut			
01- 30735050 LUXAÇÃO GLENOUMERAL		1	
02- 30735041 LESÃO LABRAL		1	
03- 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1	
04- TAXA DE VIDEO			
05- ANCORA juggerknot com 2 fios		4	
06- PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2	
07- PONTEIRA RADIOFREQUENCIA		1	
08- EQUIPO 4 vias		1	
09- CANULA ARTROSCOPICA		2	
10- 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1	
11- TAXA DE VIDEO			
12- ANCORA juggerknot com 2 fios		4	
13- PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2	
14- PONTEIRA RADIOFREQUENCIA		1	
15- EQUIPO 4 vias		1	
16- CANULA ARTROSCOPICA		2	
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diarias 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 Alex Sandro Valente	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			