

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

05 0000 595 1322 8

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

EDMILSON FEITOSA DA SILVA

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código do Operador

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

13 - Nome do Contratado

CRM

19475 PR

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no 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

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR esq NECESSITANDO REPARO

SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

M75.1

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 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1
	30735033	ACROMIOPLASTIA		1
	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS		1
	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		1
		ANCORA juggerknot C/2 FIOS		3
		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2
		RADIOFREQUENCIA monopolar		1
		EQUIPO 4 viaS		1
		CANULA ARTROSCOPICA		1
		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA		1
		TAXA DE VIDEO		

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

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Daniel F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TEOT 9918