

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

OLGA MITSUE FUKUMOTO

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DAMIÃO CAVALIN DAL MOLLA

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

E

23 - Tipo de Internação

A

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

/ /

26 - Previsão de uso de OPME

/

27 - Previsão de uso de quimioterápico

/

28 - Indicação Clínica

ARTROSE ALTERNADA DO OMBRO

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M19.0

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	38 - Qtde Aut
01- / /	30717027	ARTROPLASTIA DE OMBRO	/ /	/ /
02- / /	30731089	TENOTOMIA E TENDOTOMIA DO BÍCEPS	/ /	/ /
03- / /	/ /	/ /	/ /	/ /
04- / /	/ /	/ /	/ /	/ /
05- / /	/ /	/ /	/ /	/ /
06- / /	/ /	/ /	/ /	/ /
07- / /	/ /	PROTESE REVERSA (ARTHRO)	01	/ /
08- / /	/ /	/ /	/ /	/ /
09- / /	/ /	/ /	/ /	/ /
10- / /	/ /	/ /	/ /	/ /
11- / /	/ /	/ /	/ /	/ /
12- / /	/ /	/ /	/ /	/ /

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

29.02.2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Damião Cavalin Dal Molle
CPM 2749
Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização