

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

0975 000 0016818256

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

10 - Nome

JOSE CARLOS BACILA SADE

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Dr. Daniel F. F. Vieira

19475 PR

14 - Nome do Contratado

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

CRM

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

E 2 1

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

2

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 quimioterapia

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR e NECESSITANDO REPARO

SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO CLAVICULA

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 ou Item Assistencial

30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- 30735033 ACROMIOPLASTIA

02- 30785092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS

03- 30785084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

04- ANCORA jaggerknot C/2 FIOS

05- PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)

06- RADIOFREQUENCIA monopolar

07- EQUIPO 4 viaS

08- CANULA ARTROSCOPICA

09- AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA

10- 101152272 ANCORA QUATTRO

11- 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

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