

4702/EO/1C

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 Marco Anélcio Bossó	11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora 	13 - Nome do Contratado
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

28 - Indicação Clínica - Lesão traumática do supraespinhal + Incompleta C6 - Comprometo do nervo supraespinhal - Uxapto traumática do ombro (P)

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		36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
01- 307.35.06-8	307.35.06-8	Reparo cirúrgico do supraespinhal		
02- 307.35.03-3	307.35.03-3	Peroneoplastia		
03- 307.35.05-0	307.35.05-0	Uxapto glenohumeral		
04- 314.0323-9	314.0323-9	Neurectomia do supraespinhal		
05-				
06-		4 Anest. Jansen		
07-		2 câmbios / 2 shaver		
08-		1 agulha de 18G		
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 	
<p>Dr. Bruno Bossó da Silva CRM-PR/32301 Av. Higienópolis, 2600 Londrina - PR F: (43) 3377-0900</p>	
46 - Data da Solicitação 	47 - Assinatura do Profissional Solicitante
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização