

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 000 5009 00 3086 9199	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN ____	
10 - Nome DIRCE MARIA GULVEIA QUINTANILHA	11 - Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado	
12 - Código na Operadora ____	13 - Nome do Contratado ____
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	15 - Conselho Profissional CRM
16 - Número no Conselho 19475 PR	17 - UF PR
18 - Código CBO ____	

Dados do Paciente	
19 - Código na Operadora / CNPJ ____	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hsp Transglúrio
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	
<p>E 2 1 2</p> <p>LESAO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO</p> <p>SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA</p> <p>TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA</p> <p>ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA</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		37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Item	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	
01-	____	____	____
02-	____	____	____
03-	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	1
04-	30735033	ACROMIOPLASTIA	1
05-	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	1
06-	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	1
07-	71502718	ANCORA jiggerknot C/2 FIOS	3
08-	00590045	PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	2
09-	00116790	RADIOFREQUENCIA monopolar	1
10-	00151424	EQUIPO 4 viaS	1
11-	70917540	CANULA ARTROSCOPICA	1
12-	00712639	AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA	1

Dados da Autorização 60024151		TAXA DE VIDEO	
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 Dr. Daniel F. F. Vieira CRM/PR 19475			
46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante ____	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____