

nº 90409320

1 - Registro ANS

343269

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

ALEX TROMBELL ALCINE

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

CRM

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

19475-PR

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

2

24 - Regime de Internação

1 2

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR esq. NECESSITANDO REPARO
SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL 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	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- / / / /	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	1	1
02- / / / /	30735033	ACROMIOPLASTIA	1	1
03- / / / /	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	1	1
04- / / / /		ANCORA juggerknot C/2 FIOS	3	3
05- / / / /		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	2	2
06- / / / /		RADIOFREQUENCIA monopolar	1	1
07- / / / /		EQUIPO 4 viaS	1	1
08- / / / /		CANULA ARTROSCOPICA	1	1
09- / / / /		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA	1	1
10- / / / /		TAXA DE VIDEO		
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

/ /

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Daniel F. F. Vieira

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PR 19475 TE01 9918