

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

00500000595 133 25

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

MARIA HELENA MATTOSINHO

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código do Operador

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

13 - Nome do Contratado

CRM

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

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 - Caracter 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

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR ESQ. NECESSITANDO REPARO

SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

M75.1

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

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento
Item Assistencial

30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

30735033 ACROMIOPLASTIA

30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS

30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

ANCORA juggerknot C/2 FIOS

PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)

RADIOFREQUENCIA monopolar

EQUIPO 4 viaS

CANULA ARTROSCOPICA

AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização