

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 de RN
50 - Nome Social Douglas Domanu			
10 - Nome			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Carlos A. S. Carneiro Médico CRM/PR 29716		15 - Conselho Profissional	16 - Número do 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 Hosp Evangélico	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento elet	23 - Tipo de Internação Hosp	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Lesão do manguito rotador ombro direito			
29 - CID 10 Principal (opcional) S46		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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30735068	Reparo do manguito rotador	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30735033	Ablação por radiofrequência	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30735025	Simonectomia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		Artroscopia 2.9 abnormidade	03 <input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Artroscopia 2.9	01 <input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		SHOULDER	02 <input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		consultas	01 <input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		eletrocardiograma	01 <input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		exame físico	04 <input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 25/04/2024		40 - Qtde Diárias Autorizadas	
41 - Tipo de Acomodação autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
		44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa materiais de sutura			
46 - Data da Solicitação 11/04/24		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Carlos A. S. Carneiro Médico CRM/PR 29716	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	