

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 Social

CRISTIANE TORREZAN DE ALMEIDA

Dados do Contratado Solicitante

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

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

2

1

2

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO

SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO CLAVICULA

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)

Processos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|---|-----------------|---------------|
| 01- | | | | |
| 02- | 30735068 | RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR | | 1 |
| 03- | 30735033 | ACROMIOPLASTIA | | 1 |
| 04- | 30735092 | TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS | | 1 |
| 05- | 30735084 | RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA | | 1 |
| 06- | | ANCORA jiggerknot C/2 FIOS | | 3 |
| 07- | | PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) | | 2 |
| 08- | | RADIOFREQUENCIA monopolar | | 1 |
| 09- | | EQUIPO 4 viaS | | 1 |
| 10- | | CANULA ARTROSCOPICA | | 1 |
| 11- | | AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA | | 1 |
| 12- | | 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

Dr. Daniel F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TEOT 9918

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização