

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 5 000 000 6414 888

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - NOME: LAURA BERNARDES GARCIA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

19475 PR

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

21 - Data sugerida para internação

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR D NECESSITANDO REPARO
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA

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 ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut

30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

30735033 ACROMIOPLASTIA

30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS

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

46 - Observação / Justificativa

44 - Código CNES

Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Daniel F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TEOT 9418