

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		9 - Atendimento de RN		
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		
50 - Nome Social 005000003827081				
10 - Nome Reginaldo Antonio Tomafexi				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante Carlos Carneiro		15 - Conselho Profissional 29716	16 - Número do Conselho CRN	
		17 - UF P.R.	18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			21 - Data sugerida para Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hosp Evangelica		
22 - Caráter do Atendimento Ativo	23 - Tipo de Internação Cirúrgico	24 - Regime de Internação 02	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica Lesão do membro rotada ombro direito				
29 - CID 10 Principal (opcional) M56.0		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"/>	30735098	Repans do membro rotado	01	
2- <input type="checkbox"/>	30735033	Adenoplastia	01	
3- <input type="checkbox"/>	30735092	Tendinite do cabo longo do biceps	01	
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>	10109707	Âncora abrasiva 2,5	03	
6- <input type="checkbox"/>	00570045	SHaver	01	
7- <input type="checkbox"/>	34683012	conula	01	
8- <input type="checkbox"/>	01161000	eletrólitos monopolar	01	
9- <input type="checkbox"/>	09556221	gelo flexível p/ sutura		
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				
Dados da autorização		41 - Tipo de Acomodação autorizada		
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		
44 - Código CNES				
45 - Observação / Justificativa				
46 - Data da Solicitação 24/08/23		47 - Assinatura do Médico Solicitante Dr. Carlos Carneiro CRM-PR 29716	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		