

1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização _/_/__/_/_/___	4 - Senha _/_/___	5 - Data Validade da Senha _/_/__/_/_/___	6 - Data de Emissão da Guia _/_/__/_/_/___
-----------------------------------	---	----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00.9376.00.1	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira _/_/__/_/_/___
10 - Nome AFONSO FERRER BASAN		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _/_/__/_/_/___

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _/_/___	13 - Nome do Contratado _/_/___	14 - Código CNES _/_/___
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 19475 PR
18 - UF _/_		19 - Código CBO S _/_/___

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ _/_/___	21 - Nome do Prestador _/_/___
22 - Caracter da Internação E <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 2 <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação 1 <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2
26 - Indicação Clínica LESÃO DO MANGUITO ROTADOR e NECESSITANDO REPARO SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença 1 <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1 M <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal M75.1	31 - CID 10 (2) _/_/___	32 - CID 10 (3) _/_/___
33 - CID 10 (4) _/_/___		

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1-		30735068 RIPTURA DO MANGUITO ROTADOR		
2-		30735033 ACROMIOPLASTIA		
3-		30735092 TENOTOMIA DO CABO LONGO DO BICEPS		
4-		30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		
5-		TAXA VIDEO		

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		ANCORA Juggerknot C/2 FIOS	3		
2-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	2		
3-		PONTEIRA RADIOFREQUENCIA	1		
4-		CANULA ARTROSCOPICA	1		
5-		AGULHA FLEXIVEL SUTURA	1		

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _/_/__/_/_/___	46 - Qtde. Diárias Autorizadas _/_/___	47 - Tipo da Acomodação Autorizada _/_/___
48 - Código na Operadora / CNPJ _/_/___	49 - Nome do Prestador autorizado _/_/___	50 - Código CNES _/_/___

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. Daniel F. Vieira Ortopedia - Traumatologia CRM/PR 19475 TEOT 9918	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/__/_/_/___	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/__/_/_/___
--	---	--