

Alexsandra

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

0005 000 00 436 95208

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome
TELMA CAMPOS

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

17 - UF
PR

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

SEQUELA DE FRATURA DO UMERU PROXIMAL D
NECESSITANDO ARTROPLASTIA REVERSA POR INSUFICIENCIA DO MANGUITO ROTADOR,
TRANSFERENCIA MUSCULAR PARA SUBSTITUIÇÃO DE ROTADORES EXTERNOS
E ARTROTOMIA. E RETIRADA DE PLACA
C 6 M

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M75.1

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

01-		30717027	ARTROPLASTIA OMBRO D		1
02-		30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES OMBRO		1
03-		30717019	ARTROTOMIA OMBRO		1
04-		3.07.10.03-0	RETIRADA DE PLACA		1
05-			PROTESE REVERSA OMBRO COMPREHENSIVE		1
06-					
07-					
08-					
09-					
10-					
11-					
12-					

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

X Telma Campos

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização