

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

50 - Nome Social

10 - Nome

DIRCE CARDOSO LOPRI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANILO CAVERIN DAL MOLIN

15 - Conselho Profissional

16 - Número do Conselho

24619

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

HOSPITAL SANTA CARA

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

II

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

001

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

FRATURA DE UMEROS PROXIMAL COM
HEND SPILT + FRATURA DE TUBERCULO MAIOR E MENOR
80 ANOS

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S422

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 UMEROSI IMPLANTE | 01 | ___ |
| 02-___ | 30717108 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA UMEROSI | 01 | ___ |
| 03-___ | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 04-___ | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 05-___ | ___ | ASTE DE FRATURA | 01 | ___ |
| 06-___ | ___ | PROTESE REVERSA DE OMBRO | 01 | ___ |
| 07-___ | ___ | PLACA BLOQUEADA DE UMEROS PROXIMAL | 01 | ___ |
| 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

26/05/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Danilo Caverin Dal Molin
Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização