

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

WILSON MARVILLE NETO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANILLO CAUSIN DA MOTA

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

HOSP DO COLETO

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LUXAÇÃO RECORRENTE DE OMBRO @
+SW
+endinopatia do manuseio notáveis

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S30

30 - CID 10 (2) (Opcional)

A

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	30735041	Reparo de lesão labial	01	___
02	30735050	Luxação ombro	01	___
03	30735068	Tratamento de lesão de manuseio	01	___
04	___	___	___	___
05	___	___	___	___
06	___	ANCOAS INFERIORES	06	___
07	___	RADIO FREQÜENCIA	01	___
08	___	LAMINA DE SHAVEN	01	___
09	___	CANULA	01	___
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

07/11/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Danilo Causin da Mota
Ortopedia e Traumatologia
CRM 24619

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
