

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																	
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN													
10 - Nome MARIA LUIZA VANZELLA		11 - Cartão Nacional de Saúde															
Dados do Contratado Solicitante																	
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado															
14 - Nome do Profissional Solicitante		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 Evangélio		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 ARTROPATIA DO MANGUITO ROTADOR OMBRO Lesão traumática irreparável manguito Perda da rotação externa do ombro																	
29 - CID 10 Principal (Opcional)		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 c/implante													
02		30717367		Transferência muscular													
03		30732026		Imento ombro													
04																	
05																	
06																	
07				30732026													
08				3 fios Alta resistência Fiber													
09				1 Imento ortho Black													
10				1 protese reversa ombro													
11				(Artroscopia - 30 min)													
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		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dr. Jose Eduardo Colla
CRM / PR 28194

Responsável Técnico: Dr. Jefferson Luiz Padilha - CRM-PR 13482/RQE 9972- Serviços de Radiodiagnóstico: CRM-PR 2064
A interpretação do resultado deste(s) exame(s) e o diagnóstico são atos médicos, dependentes da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames do(s) paciente