

1 - Registro ANS 31.292-4		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 _____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
10 - Nome DERRI F. Borges Monteiro				
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 _____		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação E	24 - Regime de Internação E	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica Fratura y rotura do manopista do ombro dxp				
29 - CID 10 Principal M57.9		30 - CID 10 (2) _____		
31 - CID 10 (3) _____		32 - CID 10 (4) _____		
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- _____	3073506-8	Video pr reparação Manopista	_____	_____
02- _____	3073503-3	Video pr Acromioplastia	_____	_____
03- _____			_____	_____
04- _____			_____	_____
05- _____		Material	_____	_____
06- _____		Sitover	01	_____
07- _____		Saco	01	_____
08- _____		radio/repulção	01	_____
09- _____		ancoras montadas abx	03	_____
10- _____		Kit perap	01	_____
11- _____			_____	_____
12- _____			_____	_____
Dados da Internação				
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 23/02/23		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. José Blanco		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		