

Paulo R. Cipriano

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 000500001603470	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento de RN	

50 - Nome Social Flavio E. Line
10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante Carlos Carneiro	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 29716	17 - UF P.R.	18 - Código CBO
---	--	---	------------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hosp Evangelha			21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento elt	23 - Tipo de Internação Hosp	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME
27 - Previsão de uso de Quimioterápico				

28 - Indicação Clínica Ruptura do manguito rotador ombro direito				
--	--	--	--	--

29 - CID 10 Principal (opcional) 546.0	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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	3107351068	Reparo do manguito rotador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	3107351033	Acrômioclavicular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	3107351034	Remoção lateral de clavícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	101097077	Anca abdominal 2.9	103	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	005780415	5 Haver	102	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	34683101	conduz	101	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	005710201	ginc femoral p. sutura	101	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	001116700	eletrocautério monopolar	101	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização		
39 - Data provável da Admissão hospitalar 01/02/2024	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES		

45 - Observação / Justificativa material artrom	
---	--

46 - Data da Solicitação 18/01/24	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---

Dr. Carlos A. S. Carneiro
Médico
CRM/PR 29716