

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

0005 000 000 3 1 8 3 6 2 1 9

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome RITA DE CASSIA HONORIO TIAGO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

19475 PR

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

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

LESAO DO MANGUITO ROTADOR esq NECESSITANDO REPARO

SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO CLAVICULA

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M75.1

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 -	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	1	1
02 -	30735033	ACROMIOPLASTIA	1	1
03 -	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	1	1
04 -	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	1	1
05 -	71 5022 18	ANCORA juggerknot C/2 FIOS	3	3
06 -	00 59 00 45	PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	2	2
07 -	00 11 67 00	RADIOFREQUENCIA monopolar	1	1
08 -	00 11 67 00	EQUIPO 4 viaS	1	1
09 -	70 91 75 40	CANULA ARTROSCOPICA	1	1
10 -	00 71 26 39	AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA	1	1
11 -	60024151	TAXA DE VIDEO	1	1
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

Rita de Cassia H. Tiago

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TFC 9918

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização