

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 **MARINA de Fátima Venditto**

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANILLO CANESIN DAL MOLIN

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

24619

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 Coração

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

A

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Lesão de manguito rotador (D)

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		Reparo de manguito rotador	01	
02- 30735033		Achomplante	01	
03- 30735084		Reparo de clavícula distal	01	
04-				
05-				
06- 30735084		Artroscopia	04	
07- 30735084		Artroscopia	02	
08- 30735084		Artroscopia	01	
09- 30735084		Artroscopia	01	
10- 30735084		Artroscopia	01	
11- 30735084		Artroscopia	01	
12- 30735084		Artroscopia	01	

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

30/05/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Danilo Canesin Dal Molin

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização