

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

50 - Nome Social

10 - Nome

RICARDO ALEXANDRE FLUSBERNO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANILLO CAVALIN EAC

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

HOSPITAL SANTA CASA

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

- EDEMA ACROMIOCLAVICULAR
- SCAP

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M19

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M758

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	30735089	Remoção de clavicula distal	01	
02	30735033	ACROMIOPLASTIA	01	
03	30735041	Reparo ligo labrol	01	
04				
05				
06	7125102662	ANCLAS JUGENKNOTS	02	
07	010590049	Laminas de SHAVEN	02	
08	010216700	RADIOFREQUENCIA	01	
09	710917540	CANULA	01	
10				
11				
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

29/09/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Danilo Cavalin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 24619

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização