

1 - Registro ANS 326755	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
----------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário / Paciente		
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
10 - Nome completo		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dado do Contratado Solicitante <b>SEBASTIAO CLAUDIO LOPES</b> 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado		14 - Código CNES	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO

Dado de Nascimento: <b>DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA</b>		CRM	
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador	19475 PR	

22 - Caráter da internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
--	--

24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
--	--------------------------------

26 - Educação Clínica	2	1	2
LESÃO DO MANGUITO ROTADOR D NECESSITANDO REPARO			
SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA			
TENOTOMIA CABO LONGO BÍCEPS POR TENDINOPATIA			

**ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA**

27 - Tipo de Doença      28 - Tempo de Doença      29 - Indicação de Acidente

☐ A - Aguda C - Crônica      ☐ ☐ A - Anos M - Meses D - Dias      ☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)
--------------------	--------------	--------------	--------------

Produtos Solicitados		37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 -	Descrição		
1- _____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____
4- _____	30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	_____	1
5- _____	30735033 ACROMIOPLASTIA	_____	1

OPM Solicitados	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	1
39 - Tabela 40 - Código do OPM 41 - Descrição	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	42 - Qtde. 43 - Fabricante
1- _____	_____	_____	44 - Valor unitário
2- _____	_____	_____	1 _____
3- _____	_____	ANCORA 5mm C/2 FIOS	3 _____
4- _____	_____	PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	2 _____
5- _____	_____	RADIOFREQUENCIA monopolar	1 _____
_____	_____	EQUIPO 4 x 100	_____

Dados da Autorização	EQUIPO 4 vias		1
45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. de dias autorizados	CANULA ARTROSCOPICA	1
		3 - Data de acomodação autorizada	

48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	TAXA DE VIDEO	59 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
---------------------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------

51 - Observações	
------------------	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante: Dr. Daniel F. Vieira  
Ortopedia Traumatologia  
000188-10-175-TCOT-0038