

#*Angela*#

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

10 - Nome

Sidney Camar Vieira

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

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

U

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

*• LESÃO TRAUMÁTICA APÓS Queda
• RUPTURA DO LABIUM GLENOIDIAL OMBRO DIREITO
• RUPTURA TRAUMÁTICA DO MANGUITO ROTADOR DIREITO
• UNICAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR OMBRO DIREITO*

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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	<i>3073506-8</i>	<i>Lesão do manguito rotador</i>		
02	<i>3073504-1</i>	<i>Lesão Labial</i>		
03	<i>3073508-4</i>	<i>Remoção da clavícula lateral</i>		
04				
05		<i>1 zip right AC</i>		
06		<i>3 ANCORAS S.O</i>		
07		<i>2 SUTURE</i>		
08		<i>2 SUTURE</i>		
09		<i>1 Agulha SUTURA</i>		
10		<i>1 SORO FISIOLÓGICO</i>		
11		<i>1 EQUIPO 4 VIAS</i>		
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

BRUNO BOSIO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32.301/RQE 23.543
Av. Bandeirantes, 460
Londrina-PR 5431 3379-2200

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização