

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

005 00000 419 114 50

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

SANDRA REGINA TOLDO MONTEIRO

10 - Nome

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

13 - Nome do Contratado

CRM

19475 PR

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 - Caracter 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

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR esq NECESSITANDO REPARO

28 - Indicação de Internação

SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

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

30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01-	30735033	ACROMIOPLASTIA		1
02-	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS		1
03-	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		1
04-		ANCORA jaggerknot C/2 FIOS		3
05-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2
06-		RADIOFREQUENCIA monopolar		1
07-		EQUIPO 4 vias		1
08-		CANULA ARTROSCOPICA		1
09-		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA		1
10-		TAXA DE VIDEO		
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

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Daniel F. F. Vieira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 19475 TEOT 9918

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização