

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de 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 Social			
TELMA PAZETO DA SILVA REIS			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Contratado Solicitante		15 - Conselho Profissional	
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		CRM	
16 - Número no Conselho		17 - UF	
19475		PR	
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		23 - Tipo de Internação	
E		2	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
1		2	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica			
LESÃO DO MANGUITO ROTADOR D NECESSITANDO REPARO			
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA			
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA			
ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO CLAVICULA			
29 - CID 10 Principal (Opcional)		30 - CID 10 (2) (Opcional)	
M75.1			
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 de Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
01	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	
02	30735033	ACROMIOPLASTIA	1
03	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	1
04	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	1
05		ANCORA Juggerknot C/2 FIOS	1
06		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	3
07		RADIOFREQUENCIA monopolar	2
08		EQUIPO 4 vias	1
09		CANULA ARTROSCOPICA	1
10		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA	1
11		TAXA DE VIDEO	1
12			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diarias 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 Responsável	
1 / 1 / 1		Dr. Daniel F. F. Vieira	
		Ortopedia e Traumatologia	
		CRM/PR 10475-1/PR 9918	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	