

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

00050000237320060

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

RENATA MARIA DA SILVA KAGUIAMA

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

CAPSULITE ADESIVA OMBRO d NECESSITANDO SINOVECTOMIA

28 - Indicação Clínica

SÍNDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA

ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR

talvez necessario reparo com ancora

M75.0

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

30734010 SINOVECTOMIA TOTAL

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01-		30735033 ACROMIOPLASTIA		1
02-		30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		1
03-				
04-		ANCORA juggerknot C/2 FIOS		
05-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		1
06-		RADIOFREQUENCIA monopolar		2
07-		EQUIPO 4 vias		1
08-		CANULA ARTROSCOPICA		1
09-				
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

Dr. Daniel F.F. Vieira

Ortopedia e Traumatologia

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização