

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

50 - Nome Social

10 - Nome

Roberto Cesar de Almeida

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANIO CAVALIN DA NOVA

15 - Conselho  
Profissional

16 - Número no Conselho

24619

17 - UF

18 - Código CBO

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

HOSP SANTA CASA

21 - Data sugerida para internação

/ /

22 - Caráter do Atendimento

G

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

G

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Ruptura tendão suprapatelar  
+ estenose do subacromial

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M15.1

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 -	30.43.50.68	Reparo de mangueira rotas	01	
02 -	30.73.50.33	Artroromplastia	01	
03 -	30.73.50.84	Ressecção de clavícula distal	01	
04 -				
05 -				
06 -		ÂNCORAS JUCYALNOT	03	
07 -		LAMINAR JUCYALNOT	02	
08 -		CANULA	01	
09 -		RADIO FREQÜENCIA	01	
10 -		gelo flexível de sutura	01	
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

05/01/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização