

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

147 0000000 133 840

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome MARIA TEREZA JANONI GAMBINI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

15 - Conselho Profissional 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

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

2

1

2

LESAO DO MANGUITO ROTADOR D NECESSITANDO REPARO  
SINDROME 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)

M75.1

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-				
02-	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1
03-	30735033	ACROMIOPLASTIA		1
04-	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS		1
05-	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		1
06-		ANCORA juggerknot C/2 FIOS		3
07-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2
08-		RADIOFREQUENCIA monopolar		1
09-		EQUIPO 4 viaS		1
10-		CANULA ARTROSCOPICA		1
11-		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA		1
12-		TAXA DE VIDEO		1

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Daniel F. F. Vieira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 19475-1 ELOT 9918

Edna Gambini