

1 - Registro ANS 3.432.69		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 		10 - Nome THIAGO BRASIL CANDIDO		
11 - Cartão Nacional de Saúde 		12 - Código na Operadora 		
13 - Nome do Contratado 		14 - Nome do Profissional Solicitante DANILLO CANESIN DA MOTA		
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 DO CORAÇÃO		
21 - Data sugerida para internação 		22 - Caráter do Atendimento E		
23 - Tipo de Internação H		24 - Regime de Internação C		
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02		26 - Previsão de uso de OPME 		
27 - Previsão de uso de quimioterápico 		28 - Indicação Clínica - lesão lateral - luxação ombro @ - Hill Sachs com lesão tendão, lesão suprapunhal		
29 - CID 10 Principal (Opcional) S930		30 - CID 10 (2) (Opcional) M751		
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-	3073.505P	Tratamento de lesões glenomédias	01	
02-	3073.5041	Tratamento de lesão lateral	01	
03-	3073.5068	Tratamento de lesão de suprapunhal	01	
04-				
05-				
06-				
07-	7150.2061	Âncoras de tecido (jussakow)	05	
08-	00590045	AMÍVAS DE SHAVEN	02	
09-	00118700	RADIOFREQUÊNCIA	01	
10-	7091.3540	CANULA	01	
11-	00596224	Glue flexível de sutura	01	
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 17/07/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Danilo Canesin Da Mota CRM 24619 Ortopedia e Traumatologia		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 				