

1 - Registro ANS 343269		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 0005 000000 59 6502 76		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN	
10 - Nome Antônio Trevisan Souza				11 - Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA			
--------------------------	--	---	--	--	--

14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 24650		17 - UF PR		18 - Código CBO	
---	--	--	--	---	--	----------------------	--	-----------------	--

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA				21 - Data sugerida para Internação	
---------------------------------	--	--	--	--	--	------------------------------------	--

22 - Caráter de Atendimento		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de internação		25 - Qtde. diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterapia	
-----------------------------	--	-------------------------	--	---------------------------	--	--------------------------------	--	------------------------------	--	---------------------------------------	--

28 - Indicação Clínica

DOR NO QUADRIL *Esquerdo*
EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA

29 - CID10 Principal (opcional) M16.9		30 - CID10(2) (opcional)		31 - CID10(3) (opcional)		32 - CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
---	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	---	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	ARTROPLASTIA DE QUADRIL <i>ESQUERDA</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11		40 - Qtde Dianas Autorizadas		41 - Tipo de acomodação autorizada	
--	--	------------------------------	--	------------------------------------	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES	
--	--	--	--	------------------	--

45 - Observação

46 - Data da Solicitação 11/11/11		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--	---	--	--	--	---	--