

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>0005000041713330</b>		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN			
10 - Nome <b>Marcos Mendes Ponea Moreira</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA</b>	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	
16 - Número do Conselho <b>24650</b>		17 - UF <b>PR</b>	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA</b>	
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 Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica  <b>DOR NO QUADRIL ESQ.</b>  <b>EXAME DEMONSTRA LESÃO LABRAL</b>			
29 - CID10 Principal (opcional) <b>M25.3</b>		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"/>	3 0 7 3 8 0 4 0	<b>TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO ACETABULAR</b>	<input type="checkbox"/> 0 1	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	3 0 7 3 8 0 5 9	<b>CONDRÓPLASTIA COM SUTURA LABRAL</b>	<input type="checkbox"/> 0 1	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		<b>LAMINA DE SHAVER PARTES OSSEAS</b>	<input type="checkbox"/> 0 1	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		<b>LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES</b>	<input type="checkbox"/> 0 1	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		<b>EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO</b>	<input type="checkbox"/> 0 1	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		<b>PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA</b>	<input type="checkbox"/> 0 1	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		<b>ANCORAS</b>	<input type="checkbox"/> 0 2	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		<b>CANULAS PLASTICAS</b>	<input type="checkbox"/> 0 2	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias 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 <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante  <b>Dr. Mauricio R. Miyasaki</b>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		CRM 24650		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	