

1 - Registro ANS		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		11 - Cartão Nacional de Saúde	
10 - Nome <i>Mário Cesar Rufino</i>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
		13 - Nome do Contratado <i>Santa Casa</i>	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional	
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Maurício R. Miyasaki</i>		15 - Conselho Profissional <i>24650</i>	
16 - Número no Conselho		18 - Código CBO	
16 - Número no Conselho <i>24650</i>		18 - Código CBO <i>ME</i>	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	
21 - Data sugerida para internação			
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação	
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica			
28 - Indicação Clínica <i>Do no quadril direito</i> <i>Sinais clínicos e RX demonstram fratura</i>			
29 - CID 10 Principal		30 - CID 10 (2)	
29 - CID 10 Principal <i>M16.9</i>		30 - CID 10 (2)	
31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)	
31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
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
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
01 -	307.24058	Artroplastia do quadril D.	
02 -			
03 -			
04 -			
05 -		Prótese femoral não cimentada	
06 -		limp	
07 -		acetábulo não cimentado	
08 -		liner em polietileno cross link	
09 -		calço em cerâmica	
10 -			
11 -		ARTROSC	
12 -			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada			
41 - Tipo da Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNE S			
44 - Código CNE S			
45 - Observação / Justificativa			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
46 - Data da Solicitação <i>07/05/24</i>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dr. Mauricio R. Miyasaki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 24650