

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 0005000000 36141758		8 - Validade da Carteira	
10 - Nome SANDRA CORREIA FRANCO		9 - Atendimento de RN	
		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 Santa Casa	
		21 - Data sugerida para internação 27.11.23	
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

DOR NO QUADRIL DIREITO
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 0 7 2 4 0 5 8		ARTROPLASTIA DE QUADRIL				<input type="checkbox"/>	<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"/>			HASTE FEMORAL CIMENTADA				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			LINER EM POLIETILENO CROSSLINK				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			CABEÇA EM CERÂMICA				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			CIMENTO ORTOPÉDICO				<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 11/11/23		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 11/11/23		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio Rodrigues Miyasaki CRM-PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--	---	--	--	--	---	--