



1 - Registro ANS

| 3 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 |

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

4 - Data da Autorização

| 1 | 7 | / | 0 | 7 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

5 - Senha

| 2 | 0 | 2 | 3 | 3 | 5 | 1 | 3 | 4 | 1 | | | | | | | | | |

6 - Data de Validade da Senha

| 0 | 5 | / | 0 | 9 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

| 0 | 2 | 3 | 5 | 7 | 1 | 0 | 0 | 4 | | | | | | | | | |

8 - Validade da Carteira

| | | | | | | | | | | | | |

9 - Atendimento a RN

| N |

10 - Nome

EDSON APARECIDO ALBA

11 - Cartão Nacional de Saúde

| 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 6 | 0 | 7 | 5 | 2 | 6 | 1 | 0 | 9 |

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

| 3 | 8 | 6 | 0 | 7 | | | | | | | | | |

13 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

14 - Nome do Profissional Solicitante

Rafael Mauricio Beletato

15 - Conselho Profissional

| 0 | 6 |

16 - Número no Conselho

| 2 | 8 | 8 | 0 | 6 | | | | | | | | | |

17 - UF

| P | R |

18 - Código CBO

| 2 | 2 | 5 | 2 | 7 | 0 |

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

| 8 | 2 | 4 | 0 | 7 | | | | | | | | | |

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

21 - Data sugerida para internação

| 2 | 7 | / | 0 | 7 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

22 - Caráter do Atendimento

| 1 |

23 - Tipo de Internação

| 2 |

24 - Regime de Internação

| 1 |

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

| 1 | | |

26 - Previsão de uso de OPME

| S |

27 - Previsão de uso de quimioterápico

| N |

28 - Indicação Clínica

SEGUE EM ANEXO PEDIDO MÉDICO.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

| | | | | |

30 - CID 10 (2) (Opcional)

| | | | | |

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
2- 1 8	6 0 0 3 4 0 6 8	DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD	1	1
3- 2 2	3 0 7 3 1 1 2 7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	1	1
4- 2 2	3 0 7 2 9 2 0 3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico	1	1
5- 0 0	7 4 4 0 1 3 6 0	Parafuso Snap off Razek	1	1
6- 0 0	1 0 0 8 8 9 1 1 5	Lâmina para Micro Serra Speed Cutter	1	0
7- 0 0	1 0 0 0 6 1 5 3 2	CANULA DE DEBRIDAÇÃO CMAH MINI CURVA HORTON	1	0
1- 2 2	3 0 7 2 8 1 4 2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	1	1
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

| | | | | | | | | |

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

| 1 | | |

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

| 1 | 3 |

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

| 0 | 4 | 7 | 6 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

44 - Código CNES

| 2 | 7 | 5 | 8 | 0 | 8 | 3 |

45 - Observação / Justificativa

100061532 - Material cancelado conforme contato com médico assistente.,100889115 - Material sem cobertura, possui similar permanente reprocessável.,30728142 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. Código ajustado conforme contato com médico assistente. Autorizado por similaridade.,30729203 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica., 30731127 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,60034068 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,74401360 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.

46 - Data da Solicitação

| 1 | 7 | / | 0 | 7 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização