



1 - Registro ANS

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

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

| 2 | 5 | 7 | 6 | 3 | 8 | 3 |

4 - Data da Autorização

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

5 - Senha

| 2 | 0 | 2 | 3 | 5 | 0 | 4 | 4 | 3 | 9 |

6 - Data de Validade da Senha

| 1 | 8 | / | 0 | 1 | / | 2 | 0 | 2 | 4 |

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

| 8 | 0 | 0 | 9 | 2 | 3 | 0 | 3 | 8 |

8 - Validade da Carteira

| | | | | | | |

9 - Atendimento a RN

| N |

10 - Nome

VALERIA MENDES BALASSA

11 - Cartão Nacional de Saúde

| 7 | 0 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 2 | 4 | 1 | 0 | 7 | 7 | 1 | 7 |

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

| 3 | 8 | 6 | 0 | 7 |

13 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

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

| 3 | 8 | 6 | 0 | 7 |

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

21 - Data sugerida para internação

| 0 | 8 | / | 1 | 2 | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

22 - Caráter do Atendimento

| 1 |

23 - Tipo de Internação

| 2 |

24 - Regime de Internação

| 2 |

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

| 1 | | |

26 - Previsão de uso de OPME

| N |

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)

| 9 |

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
1 -   2   2	3   0   7   1   0   0   1   4	Retirada de fios ou pinos metálicos transósseos	1	1
2 -   1   8	6   0   0   0   0   1   5   5	DIÁRIA COMPACTA DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
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

| 3 | 8 | 6 | 0 | 7 |

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

44 - Código CNES

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

45 - Observação / Justificativa

30710014 - ok, 60000155 - ok

46 - Data da Solicitação

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

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

\_\_\_\_\_

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_\_