

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 000500000 4226936		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Emmuelda Mami Giraldas			11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA Santa Rosa		
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 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA		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

DIREITO

DOR NO QUADRIL
EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA

29 - CID10 Principal (opcional) M60.9	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- []	[3][0][7][2][4][0][5][8]	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	[0][1]	[][][][]
2- []	[][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
3- []	[][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
4- []	[][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
5- []	[][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
6- []	[][][][][][][][]	HASTE FEMORAL CIMENTADA	[][][][]	[][][][]
7- []	[][][][][][][][]	PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA	[][][][]	[][][][]
8- []	[][][][][][][][]	LINER EM POLIETILENO CROSSLINK	[][][][]	[][][][]
9- []	[][][][][][][][]	CABEÇA EM CERAMICA	[][][][]	[][][][]
10- []	[][][][][][][][]	CIMENTO ORTOPEDICO	[][][][]	[][][][]
11- []	[][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
12- []	[][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar []/[]/[]	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 []/[]/[]	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---