



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 00500000053550229		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN			
10 - Nome Junior Cesar de Almeida		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Santa Casa 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	
		21 - Data sugerida para Internação 01/07/24	
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 Esquerdo EXAME DEMONSTRA LESÃO LABRAL			
29-CID10 Principal (opcional)			
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	
1- <input type="checkbox"/>		3- 0 7 3 8 0 4 0	
2- <input type="checkbox"/>		3- 0 7 3 8 0 5 9	
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
		36 - Descrição	
		TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO ACETABULAR	
		CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL	
		LAMINA DE SHAVER PARTES OSSEAS	
		LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES	
		EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO	
		PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA BIPOLAR	
		ANCORAS	
		CANULAS PLASTICAS	
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 01/07/24		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 01/07/24		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Mauricio Rodrigues Miyasaki	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	