

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora enf 9	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 000500000345468		8 - Validade da Carteira	
		9 - Atendimento de RN	
10 - Nome Hamilton Fabricio de Melo			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 R. 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 08/01/2024	
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 Quimioterapia	
28 - Indicação Clínica Dor quadril ESQ Rx demonstrar artrose			
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 304.24053	36 - Descrição Artroplastia Quadril ESQ Haste femoral cimentada Prótese acetabular em cimentação liner em polietileno cross link Cimento artroplástico Cabeça cerâmica ARTHROM	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 01
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/24		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 11/11/24		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 24650	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	