

1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização ____/____/____		4 - Senha _____		5 - Data Validade da Senha ____/____/____		6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	
Dados do Beneficiário				8 - Plano _____		9 - Validade da Carteira ____/____/____			
7 - Número da Carteira _____				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____-____-____-____-____-____-____-____-____-____					
10 - Nome TERESA MARIA MENEGASSE DALALASTA									
Dados do Contratado Solicitante				13 - Nome do Contratado _____				14 - Código CNES ____-____-____-____-____-____	
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____-____-____-____-____-____-____-____-____-____				15 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI				16 - Conselho Profissional CRM _____	
				17 - Número no Conselho 18.000		18 - UF PR		19 - Código CBO S ____-____-____-____-____-____	
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				21 - Nome do Prestador HOSPITAL					
20 - Código na Operadora / CNPJ ____-____-____-____-____-____-____-____-____-____				22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência					
				23 - Tipo de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica					
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas [0][3]					
26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias				29 - Indicação de Acidente <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
30 - CID 10 Principal M11.9		31 - CID 10 (2) _____		32 - CID 10 (3) _____		33 - CID 10 (4) _____			
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL				37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut [0][1]	
1- _____									
2- _____									
3- _____									
4- _____									
5- _____									
OPM Solicitadas									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
44 - Valor Unitário R\$									
1- PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA [0][1] _____									
2- ACETABULO SEM CIMENTO [0][1] _____									
3- LINER POLIETILENO CROSSLINKED [1] _____									
4- CABEÇA CERAMICA 32 [1] _____									
5- HASTE FEMORA CIMENTADA [1] _____									
6- CIMENTOS ORTOPEDICOS [2] _____									
7- KIT DE CIMENTAÇÃO [1] _____									
8- OPSITE [2] _____									
9- KIT LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL [1] _____									
Dados da Autoriza									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____				46 - Qtde. Diárias Autorizadas _____		47 - Tipo da Acomodação Autorizada _____			
48 - Código na Operadora / CNPJ ____-____-____-____-____-____-____-____-____-____				49 - Nome do Prestador Autorizado _____				50 - Código CNES ____-____-____-____-____-____	
51 - Observação _____ _____									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ Walter Taki						53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____			
54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____									