

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____	
Dados do Beneficiário		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
7 - Número da Carteira 0050000039068156		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN _____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
10 - Nome Henrique Toyoshio Yoshida			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____	
14 - Nome do Profissional Solicitante _____		15 - Conselho Profissional _____	
16 - Número no Conselho _____		17 - UF _____	
18 - Código CBO _____			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Sentoloso de Londrina	
21 - Data sugerida para internação ____/____/____			
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação H	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____	
28 - Indicação Clínica Dor no quadril direito R. artrose avançada.			
29 - CID 10 Principal (Opcional) M16.9		30 - CID 10 (2) (Opcional) _____	
31 - CID 10 (3) (Opcional) _____		32 - CID 10 (4) (Opcional) _____	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
01- 30724	05-8	artroplastado quadril direito	38 - Qtde Aut
02- _____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____
07- _____	_____	_____	_____
08- _____	_____	_____	_____
09- _____	_____	_____	_____
10- _____	_____	_____	_____
11- _____	_____	_____	_____
12- _____	_____	_____	_____
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas _____	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada _____			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____	
44 - Código CNES _____			
45 - Observação / Justificativa _____			
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaka CRM/PR 24650	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura]		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização [Assinatura]	