



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>005000000 1467 169</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome <b>Marli Duna Imme</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>Santa Casa de Londrina</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número do Conselho <b>24650</b>		17 - UF <b>PR</b>		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						
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  <b>DOR NO QUADRIL</b> <b>EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA</b>											
29-CID10 Principal (opcional) <b>M16.4</b>		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- <input type="checkbox"/>		3 0 7 2 4 0 5 8		<b>ARTROPLASTIA DE QUADRIL</b>				0 1		<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>HASTE FEMORAL <del>CIMENTADA</del> NÃO CIMENTADA</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>LINER EM POLIETILENO CROSSLINK</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>CABEÇA EM CERAMICA</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>CIMENTO ORTOPEDICO</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		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 <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Mauricio R. Miyasaki</b> <b>CRM-PR 24650</b> <b>Ortopedista Traumatologista</b>				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			