



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

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 0005000000 4917173		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome Cidac Ferreira Lopes				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
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					
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 SOLTURA DA PRÓTESE Time dor e presença de luxação - indicado revisão da componente											
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		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.			
1- <input type="checkbox"/>		3 0 7 2 4 2 7 9		REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
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"/>		PRÓTESE ACETABULAR de duplo componente				<input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CUNHA ACETABULAR				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PRÓTESE FEMORAL de revisão				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CABEÇA FEMORAL em cerâmica				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		linhas implantes de aço inoxidável				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
11- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Alumínio ortopédico				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
12- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
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											
Dr. Mauricio R. Miyasaki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 24650											
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			