



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

final de
março

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 000500000055388580	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN			
10 - Nome Maria Sílvia S. S. S. S.	11 - Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA				
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 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA		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 <i>esquerdo</i> EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA					

29 - CID10 Principal (opcional) M60.9	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"/>	30724058	ARTROPLASTIA DE QUADRIL <i>(E)</i>	01	
2- <input type="checkbox"/>				
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>		HASTE FEMORAL CIMENTADA		
7- <input type="checkbox"/>		PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA		
8- <input type="checkbox"/>		LINER EM POLIETILENO CROSSLINK		
9- <input type="checkbox"/>		CABEÇA EM CERAMICA		
10- <input type="checkbox"/>		CIMENTO ORTOPEDICO		
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização		
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11	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 11/11/11	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	--	--	---

CRM 24650