



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 0865-0004031093000		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN													
10 - Nome Antônio Fontana Junior				11 - Cartão Nacional de Saúde													
Dados do Contratado Solicitante																	
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA Santa Casa															
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 muito EXAME DEMONSTRA SOLTURA DA PRÓTESE																	
29 - CID10 Principal (opcional) S72.1		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				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1									
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PRÓTESE ACETABULAR				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1									
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PRÓTESE FEMORAL DE REVISÃO TIPO WAGNER NÃO CIMENTADA				<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"/>		CABOS DE AÇO				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1									
11- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>									
12- <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 Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	