



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 005.000000-7 17781		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN	
10 - Nome Maria Isabel Garcia Geraldi				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado 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			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) M66.9		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	
1- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8		ARTROPLASTIA DE QUADRIL <i>E</i>	
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		HASTE FEMORAL CIMENTADA NÃO CIMENTADA	
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA	
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		LINER EM POLIETILENO CROSSLINK	
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CABEÇA EM CERAMICA	
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CIMENTO ORTOPEDICO	
11- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Mauricio Miyasaki</i> CRM 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	