



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 00050000003215566		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome Maria Lene Gambellini Laumann				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Santa Casa de Londrina									
14 - Nome do Profissional Solicitante Mauricio R. Miyasaki		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 24650		17 - UF PR		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						21 - Data sugerida para Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Santa Casa de Londrina				21 - Data sugerida para Internação					
22 - Caracter 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 D - Solto do prótese Solicito urgência p/ retirada de haste e revisão											
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"/>		30712170		Pinças de artroplastias de quadril				91			
2- <input type="checkbox"/>		30715270		Retirada de material de interesse				01			
3- <input type="checkbox"/>											
4- <input type="checkbox"/>											
5- <input type="checkbox"/>											
6- <input type="checkbox"/>											
7- <input type="checkbox"/>											
8- <input type="checkbox"/>											
9- <input type="checkbox"/>											
10- <input type="checkbox"/>											
11- <input type="checkbox"/>											
12- <input type="checkbox"/>											
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/2021		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 06/11/2021		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

Dr. Mauricio R. Miyasaki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 24650