



Hospital do Coração
Londrina

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

| | | | | |
|------------------|-------------------------|-----------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data Validade da Senha | 6 - Data de Emissão da Guia |
|------------------|-------------------------|-----------|----------------------------|-----------------------------|

Dados do Beneficiário

| | | |
|-------------------------|---|--------------------------|
| 7 - Número da Carteira | 8 - Plano Coletivo com Patrocinador | 9 - Validade da Carteira |
| 0901010140090008 | | |
| 10 - Nome | 11 - Número da Cartão Nacional de Saúde | |
| Lazara Caramori Martins | | |

| | | |
|---|---------------------------------|-------------------------|
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 13 - Nome do Contratado | 14 - Código CNES |
| | HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA | |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho |
| Dr. Joao Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR: 28617 | ERM | 28617 |
| | 18 - UF | 19 - Código CBO |
| | PR | |

| | |
|--|--|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ | 21 - Nome do Prestador |
| | |
| 22 - Caracter da Internação | 23 - Tipo de Internação |
| GE - Eletiva U - Urgência/Emergência | 2 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica |
| 24 - Regime de Internação | 25 - Qtd. Diárias Solicitadas |
| 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | 02 |

| |
|---|
| 26 - Indicação Clínica |
| avulso + deformidade em fêmur artrose. |

| | | |
|------------------------|---|--|
| Hipóteses Diagnósticas | | 29 - Indicação de Acidente |
| 27 - Tipo Doença | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente | 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |
| A - Aguda C - Crônica | A - Anos M - Meses D - Dias | |
| 30 - CID 10 Principal | 31 - CID 10 (2) | 32 - CID 10 (3) |
| M179 | | |
| 33 - CID 10 (4) | | |

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Procedimentos Solicitados | | 37 - Qtd. Solicit 38 - Qtd. Aut |
| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição |
| 1- | | 30426034 |
| 2- | | Artroplastia de Joelho |
| 3- | | |
| 4- | | |
| 5- | | |

| | | | | |
|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|
| OPM Solicitados | | 42 - Qtd. | 43 - Fabricante | 44 - Valor Unitário R\$ |
| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | | |
| 1- | | | | |
| 2- | | | | |
| 3- | | | | |
| 4- | | | | |
| 5- | | | | |

| | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|
| Dados da Autorização | | 47 - Tipo da Acomodação Autorizada |
| 45 - Data Prevável da Admissão Hospitalar | 46 - Qtd. Diárias Autorizadas | |
| | | |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| 48 - Código na Operadora / CNPJ | 49 - Nome do Prestador Autorizado | 50 - Código CNES |
| | | |

| |
|-----------------|
| 51 - Observação |
| |
| |

| | | |
|--|---|--|
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante | 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização |
| | | |

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR: 28617



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE OPME

SOLICITAÇÃO DE OPME

GERÊNCIA REGIONAL _____

Hospital/Clinica: Cerepós Código Prestador: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Nome Beneficiário: hazara Caramori Martin

Código GEAP: _____ Código de Autorização: _____

Plano GEAP: _____ Paciente Internado: () Sim () Não

Modalidade: () Urgência/Emergência (X) Eletiva

Data da Solicitação: ____/____/____ Data da Cirurgia: ____/____/____

MATERIAL SOLICITADO

QUANT.

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 1 - <u>Prótese Total Joelho</u> | _____ |
| 2 - <u>Impostada</u> | _____ |
| 3 - _____ | _____ |
| 4 - _____ | _____ |
| 5 - _____ | _____ |
| 6 - _____ | _____ |
| 7 - _____ | _____ |
| 8 - _____ | _____ |
| 9 - _____ | _____ |
| 10 - _____ | _____ |

*Todos os campos acima são de preenchimento obrigatório

Carimbo e assinatura do Médico Solicitante/CRM:

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR: 28617

Indicações de Fornecedores: 1) Zimmer 2) Johnson
3) Arthur 4) _____ 5) _____
6) _____ 7) _____

Resolução do CFM 1.956/2010 "Art. 5º O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à ANVISA e que atendam às características previamente especificadas."

ATUALIZAÇÃO: XXX DE XXXX DE 2014

PÁGINA 1