



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 0005000000 100 334		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN					
10 - Nome Creusa de Souza Martins				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 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						21 - Data sugerida para Internação 18/06/2024			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado				27 - Previsão de uso de Quimioterápico			
22 - Caráter de Atendimento		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de internação		25 - Qtde. diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME	
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL Direto EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA									
29 - CID10 Principal (opcional) M16-9		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"/>		3 0 7 2 4 0 5 8		ARTROPLASTIA DE QUADRIL Direto				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
2- <input type="checkbox"/>									
3- <input type="checkbox"/>									
4- <input type="checkbox"/>									
5- <input type="checkbox"/>									
6- <input type="checkbox"/>				HASTE FEMORAL CIMENTADA NÃO 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 <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 MAURICIO R. MIYASAKI			48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	