



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		<i>ent 2 Reg</i>	
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 00050000003003563-8		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN		11 - Cartão Nacional de Saúde	
10 - Nome Ciparecida Galvino Pomicino			
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			
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>suprimido</i> EXAME DEMONSTRA SOLTURA DA PRÓTESE <i>e fratura do acetábulo</i>			
29 - CID10 Principal (opcional) M16.5		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"/>		130724279	
2- <input type="checkbox"/>		3072415-5	
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"/>			
REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL			
<i>fratura do acetábulo</i>			
PRÓTESE ACETABULAR <i>EM TANTALO</i>			
CUNHA ACETABULAR			
PRÓTESE FEMORAL DE REVISÃO			
CABEÇA FEMORAL EM CERAMICA			
<i>prótese acetábulo</i>			
<i>fratura no polo distal da prótese</i>			
<i>para de reconstituição acetábulo (ORTOPAR)</i>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11		40 - Qtde. Dias 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 11/11/11			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			