



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 00050000032523049		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome Caterina Maria Antoniasse Buegner				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA 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						21 - Data superior para Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA Santa Casa				21 - Data superior para Internação 27/11/23					
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 ESQUERDO 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				0 1		<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>				HASTE FEMORAL CIMENTADA				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>				PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>				LINER EM POLIETILENO CROSSLINK				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>				CABEÇA EM CERAMICA				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>				CIMENTO ORTOPEDICO				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/23		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 11/11/23		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM/PR 24650				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			