



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>000500000 39467344</b>		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome <b>Ricardo Jose Lanches Spinato</b>			11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA</b>	
12 - Código na Operadora		14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>	
		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>24650</b>
		17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA</b>	
		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 <b>DOR NO QUADRIL Direto Esquerdo</b> <b>EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA</b>			

29 - CID10 Principal (opcional) <b>M16.9</b>	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"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8	<b>ARTROPLASTIA DE QUADRIL Direto</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>		<b>Artroplastia de Quadril Esquerdo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<b>301.5230</b>	<b>Retirada de parafuso</b> <b>ax</b>	<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"/>		<b>HASTE FEMORAL CIMENTADA N cimentada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		<b>PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		<b>LINER EM POLIETILENO CROSSLINK</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		<b>CABEÇA EM CERÂMICA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		<b>CIMENTO ORTOPÉDICO</b>	<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		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>11/11/11</b>	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de acomodação autorizada		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				

45 - Observação <b>Retirada de parafuso Canulado 7mm.</b>  <b>Dr. Mauricio R. Miyasaki</b> <b>CRM 24650</b>			
46 - Data da Solicitação <b>11/11/11</b>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização