



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 0005.00000040111752		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN capte							
10 - Nome Maria Ilienete Zoratti				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA									
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 24650		17 - UF PR		18 - C			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						21 - Data sugerida para intern.					
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA				21 - Data sugerida para intern. 08/02/23					
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 C	
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			
1- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ARTROPLASTIA DE QUADRIL				<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"/>		<input type="checkbox"/>		HASTE FEMORAL CIMENTADA				<input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA				<input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		LINER EM POLIETILENO CROSSLINK				<input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CABEÇA EM CERÂMICA				<input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CIMENTO ORTOPÉDICO				<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 11/11/2023		40 - Qtde Dianas Autorizadas		41 - Tipo de acomodação autorizada		44 - C					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado									
45 - Observação kit de cimentos											
46 - Data da Solicitação 11/11/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio Rodrigues Miyasaki CRM-PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela			