



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora opto	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 0182000000301841-6		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN			
10 - Nome Rui Carlos Cardoso Carvalho		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Santa Rosa	
14 - Nome do Profissional Solicitante Maurício R. Miyasaki		15 - Conselho Profissional CRM	
16 - Número do Conselho 24650		17 - UF	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Santa Rosa	
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 Por no quadril direito Exame demonstrando artrose avançada			
29 - CID10 Principal (opcional)		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"/>		30424.058	
2- <input type="checkbox"/>		Contratoplastia do quadril direito	
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>		Haste femoral não cimentada	
7- <input type="checkbox"/>		Protese acetabular cimentada	
8- <input type="checkbox"/>		Alça em polietileno cross link	
9- <input type="checkbox"/>		Capela em Aluminica	
10- <input type="checkbox"/>		Parafuso Artroscópico	
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11		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 11/11/11		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 24650	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	