



# 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>0975 000007112494</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN			
10 - Nome <b>João Francisco Boreli Junior</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado <b>Hosp. Unimed de Londrina</b>				
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Maurício R. Miyosaki</b>	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	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 <b>25/10</b>			
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

*85 nos quadros de dor / espinal  
exame de ressonância mostra  
neurose bilateral.*

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"/>	<b>307.24.207</b>	<b>Exatante de neurose areolar do quadril</b>	<b>04</b>	
2- <input type="checkbox"/>	<b>307.24.207</b>	<b>Exatante de neurose areolar do quadril</b>	<b>02</b>	
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"/>				

Dados da autorização

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	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES		

45 - Observação

*Braço 3.2 longo*

46 - Data da Solicitação <b>11/11/11</b>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Mauricio Rodrigues Miyosaki</i> CRM-PR 24650	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---