



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 00050000003331647		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN												
10 - Nome TERESA DO RIO BRAGA			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 - Código CBO										
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação															
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA		21 - Data sugerida para Internação											
22 - Caráter de Atendimento U	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 EXAME DEMONSTRA SOLTURA DA PRÓTESE															
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"/>	30724279	REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL					01								
2- <input type="checkbox"/>							01								
3- <input type="checkbox"/>															
4- <input type="checkbox"/>															
5- <input type="checkbox"/>															
6- <input type="checkbox"/>		PRÓTESE ACETABULAR EM TANTALO					01								
7- <input type="checkbox"/>		CUNHA ACETABULAR EM TANTALO DUAS UNIDADES					02								
8- <input type="checkbox"/>		PROTESE FEMORAL DE REVISAO					01								
9- <input type="checkbox"/>		CABEÇA FEMORAL EM CERAMICA METALICA					01								
10- <input type="checkbox"/>		CABOS DE AÇO HOW MILES													
11- <input type="checkbox"/>		CIMENTO ORTO PEDICO					01								
12- <input type="checkbox"/>															
Dados da autorização															
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11		40 - Qtde Dianas 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 CRM/PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	