



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 0975000004112494 | | 8 - Validade da Carteira | | 9 - Atendimento de RN | | | | | | | |
| 10 - Nome José Aparecido Boulli Junior | | | | 11 - Cartão Nacional de Saúde | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 13 - Nome do Contratado | | | | | | | | | |
| 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 Santo Cora de Londrina | | | | 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 DOR NO QUADRIL DIREITO. EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID10 Principal (opcional) M16.0 | | 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"/> | | 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 MENTADA NÃO 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 CERAMICA | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 10- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | CIMENTO ORTOPEDICO | | | | <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 06/02/2024 | | 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 06/02/2024 | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio Miyasaki CRM 24650 | | | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |