



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 0005000 000 1246820		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN											
10 - Nome Geny Simões de Araujo				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		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 <i>Direto</i> 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 - Qtde. Aut.							
1- <input type="checkbox"/>		13 0 7 2 4 0 5 8		ARTROPLASTIA DE QUADRIL <i>Direto</i>				1 0 1							
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 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 <input type="text"/>		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 <input type="text"/>				47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaka CRM 24650				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			