



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

Dr. Maurício R. Miyasaki
CRM/PR 24650

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 0147000002040947		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN									
10 - Nome Bruno Daniel Navarro				11 - Cartão Nacional de Saúde									
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Santa Casa 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				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 LESÃO LABRAL de tipo coccygeal do fêmur e coxa e estar submetido a ser no quadril direito a seguir													
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"/>		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0		TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO ACETABULAR				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>			
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9		CONDRÓPLASTIA COM SUTURA LABRAL				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		LAMINA DE SHAVER PARTES OSSEAS				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ANCORAS				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CANULAS PLASTICAS				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		40 - Qtde. Dias Autorizadas		41 - Tipo de acomodação autorizada									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				43 - Nome do Hospital / Local Autorizado								44 - Código CNES	
45 - Observação Dr. Maurício R. Miyasaki CRM/PR 24650													
46 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização							

Dr. Maurício R. Miyasaki
CRM/PR 24650