



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 005000000 36040451		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN													
10 - Nome Lorivaldo Gabelini				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 Maurício R. Miyasaki		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 24650		17 - UF PR		18 - Código CBO									
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						21 - Data sugerida para internação 08/05/2024											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado				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 Quimioterapia	
28 - Indicação Clínica nos regias do pulmão. exame de raio x e ressonância mostra osteólise no pulmão e lesões do aduto HD: pulmonar																	
29 - CID10 Principal (opcional) M75.5		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"/>		307.2201.4		forçotomia dos adutos direito e esquerdo								02		<input type="checkbox"/>			
2- <input type="checkbox"/>		307.2201.8		forçotomia dos adutos direito e esquerdo								02		<input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>		307.2208.8		osteotomia do pulmão								<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"/>		<input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>		<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 				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

Dr. Mauricio R. Miyasaki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 24650