



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>000500000013609488</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN	
10 - Nome <b>Caparecio Tolponi</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA Santa Rosa</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número do Conselho <b>24650</b>	
				17 - UF <b>PR</b>	
				18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA</b>		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 *esquerdo***  
**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"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8	<b>ARTROPLASTIA DE QUADRIL <i>E</i></b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<b>HASTE FEMORAL CIMENTADA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>LINER EM POLIETILENO CROSSLINK</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CABEÇA EM CERÂMICA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CIMENTO ORTOPÉDICO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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 <b>11/11/11</b>		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  
**11/11/11**

47 - Assinatura do Profissional Solicitante  
**CRM/PR 24650**

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização