



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <i>entfa</i>			
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira <i>00320000069328390</i>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN	
10 - Nome <i>João Bertoloci Filho</i>				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <i>Santa Casa de Londrina</i>			
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 <i>Dr. M</i> EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA					
29 - CID10 Principal (opcional) <i>M16.9</i>		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	ARTROPLASTIA DE QUADRIL <i>Dr. M</i>			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <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 CIMENTADA <i>Não cimentada</i>			<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 CERÂMICA			<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIMENTO ORTOPÉDICO			<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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Mauricio R. Miyasaki</i> CRM/PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					