



# 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>01830000001664900</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN													
10 - Nome <b>Meliza Sales Zobiolo</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde													
Dados do Contratado Solicitante																	
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA</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 <b>DOR NO QUADRIL ESQUERDO EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA ressonância magnética mostra nódulo de cabeça femoral.</b>																	
29 - CID10 Principal (opcional) <b>M16.1</b>		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"/>		3 0 7 2 4 0 5 8		ARTROPLASTIA DE QUADRIL				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1									
2- <input type="checkbox"/>																	
3- <input type="checkbox"/>																	
4- <input type="checkbox"/>																	
5- <input type="checkbox"/>																	
6- <input type="checkbox"/>				HASTE FEMORAL CIMENTADA													
7- <input type="checkbox"/>				PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA													
8- <input type="checkbox"/>				LINER EM POLIETILENO CROSSLINK													
9- <input type="checkbox"/>				CABEÇA EM CERAMICA													
10- <input type="checkbox"/>				CIMENTO ORTOPEDICO													
11- <input type="checkbox"/>																	
12- <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 <b>Dr. Mauricio Rodrigues Miyasaki</b> CRM-PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	