



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 0005000003215566		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome Maria Lere Gambellini Larmora				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 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											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Santa Casa de Londrina				21 - Data sugerida para internação					
22 - Caracter 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 D. Solto da prótese Solicito retirada da haste e revisão da prótese - Urgente											
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"/>		31041241279		Revisão de artroplastia do quadril				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>		310415270		Retirada de material de Ankse				<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"/>				Prótese de revisão em cimento				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>				Prótese acetabular de dupla mobilidade				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>				em cimento				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>				cabeça metálica				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>				ORTOPAK				<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"/>				placa trocânteria - ARTHROM				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11		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 02/10/2011		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki Ortopedia Traumatologia CRM-PR 24650				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	