



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 0005000002134424		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN			
10 - Nome Vera Lucia Giolo Pelanco		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA	
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 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA	
21 - Data sugerida para internação 14/06/23			
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- [] []	[3] [0] [7] [2] [4] [0] [5] [8]	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	[] [0] [1] [] []
2- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []
3- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []
4- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []
5- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []
6- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	HASTE FEMORAL CIMENTADA NÃO CIMENTADA	[] [] [] [] [] []
7- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA	[] [] [] [] [] []
8- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	LINER EM POLIETILENO CROSSLINK	[] [] [] [] [] []
9- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	CABEÇA EM CERÂMICA	[] [] [] [] [] []
10- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	CIMENTO ORTOPÉDICO	[] [] [] [] [] []
11- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []
12- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar [] [] [] [] [] []		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 [] [] [] [] [] []		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM/PR 24650	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	