



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 0187 0000051021821		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome Demisson Bezerra Sousa				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante Maurício 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 - 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 Acidente com tampa lateral no joelho, dor / falsos RNM mostrando ruptura completa LCA / lesão condral patelofemoral. Necessidade de reconstrução VA de LCA + osteotomia											
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"/>		31017131301131		Reconstrução LCA via artroscopia				01011		<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>		3101713112110		Transmissão de mois de tempo				01011		<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>		31017131301213		Artroscopia de joelho via artroscopia				01011		<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>				Seleção de partes moles				01011		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>				Ende button				01011		<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>				Idificação de joelho				01011		<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>				Transmissão de material				01011		<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>								<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"/>								<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											
Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM/PR 24650											
46 - Data da Solicitação 11/11/11		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					