



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

Rose

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 00050000002138193		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Ízabel Dione		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 25/08/23	
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 DIREITO 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- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	<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 NÃO CIMENTADA DE REVISÃO	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA DUPLA MOBILIDADE	<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 METÁLICA	<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"/>		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"/>			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	