



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

entf =

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 0005.00000057670849		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Denir Fonseca de Mello		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 - C
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 intern			
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 C		
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL Direito EXAME DEMONSTRA LESÃO LABRAL			
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
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO ACETABULAR	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> L
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9	CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> L
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> L
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> L
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> L
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LAMINA DE SHAVER PARTES OSSEAS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> L
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> L
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> L
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> L
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANCORAS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> L
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANULAS PLASTICAS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> L
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> L
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 - C			
45 - Observação			
46 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela			