



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>000500000 1637501</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome <b>Lira Bachege Romero</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>Santa Casa de Londrina</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número do Conselho <b>24650</b>		17 - UF <b>PR</b>		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Santa Casa de Londrina</b>			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  <b>DOR NO QUADRIL ESQUERDO</b> <b>EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA</b>											

29 - CID10 Principal (opcional) <b>M16.7</b>	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"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8	<b>ARTROPLASTIA DE QUADRIL ESQUERDO</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2- <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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3- <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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4- <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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5- <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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6- <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"/>	<b>HASTE FEMORAL CIMENTADA NÃO CIMENTADA</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7- <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"/>	<b>PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8- <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"/>	<b>LINER EM POLIETILENO CROSSLINK</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9- <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"/>	<b>CABEÇA EM CERAMICA</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10- <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"/>	<b>CIMENTO ORTOPÉDICO</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11- <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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12- <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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## 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"/>		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"/> <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 <b>Dr. Mauricio R. Miyasaki</b> CRM-PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
--	--	--	--	--	--	---	--