



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

Miyasaka

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>Inf.</b>				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira <b>000500000032691222</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN			
10 - Nome <b>Paulo Roberto Candelaio</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		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 Quimioterapia
28 - Indicação Clínica  <b>DOR NO QUADRIL Direito</b> <b>EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA</b>					
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- [ ]	[3][0][7][2][4][0][5][8]	<b>ARTROPLASTIA DE QUADRIL Direito</b>	[0][1]	[ ]
2- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
3- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
4- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
5- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
6- [ ]	[ ]	<b>HASTE FEMORAL NÃO CIMENTADA</b>	[ ]	[ ]
7- [ ]	[ ]	<b>PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA</b>	[ ]	[ ]
8- [ ]	[ ]	<b>LINER EM POLIETILENO CROSSLINK</b>	[ ]	[ ]
9- [ ]	[ ]	<b>CABEÇA EM CERAMICA</b>	[ ]	[ ]
10- [ ]	[ ]	<b>CIMENTO ORTOPEDICO</b>	[ ]	[ ]
11- [ ]	[ ]	<b>CUNHAS EM TANTALO</b>	<b>02</b>	[ ]
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 <b>21/06/2024</b>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Mauricio R. Miyasaki</b> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 24650	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização