



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 032.0000084531347		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN													
10 - Nome Dr. Danilo Botelho Costa				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											
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 DOR NO QUADRIL Esquerdo 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- [] [] []		[3] [0] [7] [2] [4] [0] [5] [8]		ARTROPLASTIA DE QUADRIL				[] [0] [1]		[] [] [] []							
2- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []							
3- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []							
4- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []							
5- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []							
6- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		HASTE FEMORAL CIMENTADA				[] [] [] []		[] [] [] []							
7- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA				[] [] [] []		[] [] [] []							
8- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		LINER EM POLIETILENO CROSSLINK				[] [] [] []		[] [] [] []							
9- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		CABEÇA EM CERAMICA				[] [] [] []		[] [] [] []							
10- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		CIMENTO ORTOPEDICO				[] [] [] []		[] [] [] []							
11- [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []							
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 [] [] / [] [] / [] []												47 - Assinatura do Profissional Solicitante MAURICIO R. MIYASAKI CRM/PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	