



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 0005.0000004179249		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN									
10 - Nome Reiner da Silva Prado				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 -					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						21 - Data sugerida para intern							
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 <i>direito</i> EXAME DEMONSTRA LESÃO LABRAL													
29 - CID10 Principal (opcional) m75c		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"/>		TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO ACETABULAR				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1					
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CONDRÓPLASTIA COM SUTURA LABRAL				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1					
3- <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"/>					
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		LAMINA DE SHAVER PARTES OSSEAS				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1					
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1					
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1					
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1					
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ANCORAS				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2					
11- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CANULAS PLASTICAS				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2					
12- <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"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas		41 - Tipo de acomodação autorizada									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado										44 -	
45 - Observação													
46 - Data da Solicitação <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 Miyasaki		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela							