



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

final de
março

Grupo 7281485 / 24031974

capto

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

0094.0057029926006

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento de RN

10 - Nome

Rogério Veloso da Silva

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 DIREITO
EXAME DEMONSTRA LESÃO LABRAL

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- <input type="checkbox"/>	3 0 7 3 8 0 4 0
2- <input type="checkbox"/>	3 0 7 3 8 0 5 9
3- <input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>	

TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO ACETABULAR
CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL

<input type="checkbox"/>	0 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	0 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	0 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	0 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	0 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	0 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	0 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	0 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

LAMINA DE SHAVER PARTES OSSEAS

LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES

EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO

PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA

ANCORAS

CANULAS PLASTICAS

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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Mauricio R. Miyasaki
CRM/PR 24650