



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

(829) 93051813
Lula

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 0205000002140260		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN									
10 - Nome Rosine Pacheco Andrade				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 Quimioterapia			
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL Direita EXAME DEMONSTRA SOLTURA DA PRÓTESE													
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] [2] [7] [9]		REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL				[] [0] [1] [] [] []					
2- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [0] [2] [] [] []					
3- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []					
4- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []					
5- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] []					
6- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		PRÓTESE ACETABULAR EM TANTALO				[] [0] [1] [] [] []					
7- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		CUNHA ACETABULAR EM TANTALO				[] [0] [1] [] [] []					
8- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		PROTESE FEMORAL DE REVISAO				[] [0] [1] [] [] []					
9- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		CABEÇA FEMORAL EM CERAMICA METALICA				[] [0] [1] [] [] []					
10- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		LINER EM POLIETILENO DIS LINK				[] [] [] [] [] [] [] []					
11- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		ANEL DE REFORÇO ACETABULAR				[] [] [] [] [] [] [] []					
12- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		CAPOES DE AÇO DOW/MILES				[] [] [] [] [] [] [] []					
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admissão hospitalar [] [] [] [] [] [] [] []		40 - Qtde Diarias 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 Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM 24.650				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	