



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

6 Semanas pós opai

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 0050000004994406		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Mariana Sanches Mosco		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA Santa Casa	
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 - Qtd. diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME	
27 - Previsão de uso de Quimioterápico			
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL ESQUERDO EXAME DEMONSTRA SOLTURA DA PRÓTESE <i>nela feito cirurgia de</i> <i>revisões de 2º tempo para retirada do espaçador</i>			
29 - CID10 Principal (opcional) M16.4		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 - Qtd. Solic. 38 - Qtd. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE ACETABULAR	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUNHA ACETABULAR	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE FEMORAL DE REVISÃO	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CABEÇA FEMORAL EM CERÂMICA	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	implante ortopédico artroscópico ortopedic block	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/2011		40 - Qtd. 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 11/11/2011			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio Rodrigues Miyasaki CRM-PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

Dr Mauricio Rodrigues Miyasaki
CRM-PR 24650