



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 00050000040641735		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN					
10 - Nome Douglas Machado Tavares				11 - Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA - Paes Leme							
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 24650		17 - UF PR		18 - C	
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				27 - Previsão de uso de Q			
22 - Caráter de Atendimento		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de internação		25 - Qtde. diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME	
								01/03/2023	
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	
1- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ARTROPLASTIA DE QUADRIL ESQUERDO				<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"/>		HASTE FEMORAL CIMENTADA NÃO CIMENTADA				<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA				<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		LINER EM POLIETILENO CROSSLINK				<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CABEÇA EM CERAMICA				<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CIMENTO ORTOPEDICO				<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		40 - Qtde Dias Autorizadas		41 - Tipo de acomodação autorizada					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado				44 - C			
45 - Observação									
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela			
<input type="checkbox"/>		Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM/PR 24650							