



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>0005.000023167765</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome <b>Rogério Pereira Cardoso</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>Hospital Mater Dei</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Maurício R. Miyasaki</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número do Conselho <b>24650</b>		17 - UF <b>RJ</b>		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Hospital Mater Dei</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>02/02/23</b>						
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 <b>Dor no Quadril Direito Exame demonstrando artrose avançada</b>											
29 - CID10 Principal (opcional) <b>M16.9</b>		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"/>		<b>3017-24033</b>		<b>Artroplastia de quadril Direito</b>				<input type="checkbox"/>		<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"/>				<b>Haste femoral cimentada</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>				<b>Protese acetabular não cimentada</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>				<b>Ligam. em polietileno crosslink</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>				<b>Cabeço em cerâmica</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>				<b>Cimento ortopédico</b>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>				<b>Rit de cimentação</b>				<input type="checkbox"/>		<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 <input type="text"/>		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  <div style="text-align: center;">Dr. Mauricio Rodrigues Miyasaki</div>											
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante 		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			