



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 015100000299485123		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN													
10 - Nome Gilberto Sprutti				11 - Cartão Nacional de Saúde Dr. Mauricio R. Miyasaki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 24650													
Dados do Contratado Solicitante																	
12 - Código da Operadora		13 - Nome do Contratado Santa Casa 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 Santa Casa 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 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.		38 - Qtde. Aut.							
1- <input type="checkbox"/>		30724058		ARTROPLASTIA DE QUADRIL (E)				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
11- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
12- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
Dados da autorização																	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11		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 11/11/11												47 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dr. Mauricio R. Miyasaki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 24650