



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 00500000210256		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Conceição Godoy Pedroso		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 Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL Direito - EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA			
29 - CID10 Principal (opcional) M16.01		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] [0] [5] [8]	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	[] [0] [1] [] [] []
2- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []
3- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []
4- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []
5- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []
6- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	HASTE FEMORAL CIMENTADA	[] [] [] [] [] [] [] []
7- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA	[] [] [] [] [] [] [] []
8- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	LINER EM POLIETILENO CROSSLINK	[] [] [] [] [] [] [] []
9- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	CABEÇA EM CERAMICA	[] [] [] [] [] [] [] []
10- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	CIMENTO ORTOPEDICO	[] [] [] [] [] [] [] []
11- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	Kit de curativos	[] [] [] [] [] [] [] []
12- [] []	[] [] [] [] [] [] [] []	resíduos	[] [] [] [] [] [] [] []
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar [] [] [] [] [] [] [] []		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 [] [] [] [] [] [] [] []			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização