



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora ento				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira 00050000031774728	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN			
10 - Nome Rui Fernando de Barros	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			21 - Data sugerida para internação 25/09/23		
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA				
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 Quimioterapia
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"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	ARTROPLASTIA DE QUADRIL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
2- <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"/>
4- <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"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HASTE FEMORAL CIMENTADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINER EM POLIETILENO CROSSLINK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CABEÇA EM CERAMICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIMENTO ORTOPEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <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"/>

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			
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante DR. MAURICIO R. MIYASAKI	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização