



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89848428

01/02?

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 0147000002040947	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

10 - Nome Bruno Daniel Navarro	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 ESQ EXAME DEMONSTRA LESÃO LABRAL
--

29 - CID10 Principal (opcional)	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][3][8][0][4][0]	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO ACETABULAR	[] [0] [1]	[] [] []
2- []	[3][0][7][3][8][0][5][9]	CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL	[] [0] [1]	[] [] []
3- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
4- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
5- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
6- []	[] [] [] [] [] [] [] []	LAMINA DE SHAVER PARTES OSSEAS	[0] [2]	[] [] []
7- []	[] [] [] [] [] [] [] []	LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES	[0] [2]	[] [] []
8- []	[] [] [] [] [] [] [] []	EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO	[0] [1]	[] [] []
9- []	[] [] [] [] [] [] [] []	PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA	[0] [1]	[] [] []
10- []	[] [] [] [] [] [] [] []	ANCORAS	[0] [2]	[] [] []
11- []	[] [] [] [] [] [] [] []	CANULAS PLASTICAS	[0] [2]	[] [] []
12- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []

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/PR 24650	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	--	--	---