



# 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>0945 00000 14 065560</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome <b>Maria Aparecida Favaro Marcomini</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>Santa Casa</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número do Conselho <b>24650</b>		17 - UF <b>PR</b>		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado				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  <b>DOR NO QUADRIL</b> <b>EXAME DEMONSTRA SOLTURA DA PRÓTESE</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- [ ] [ ]		[ 3 ] [ 0 ] [ 7 ] [ 2 ] [ 4 ] [ 2 ] [ 7 ] [ 9 ]		<b>REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL</b>				[ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ]	
2- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ]	
3- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	
4- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	
5- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]	
6- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>PRÓTESE ACETABULAR em fãntalo</b>				[ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ]	
7- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>CUNHA ACETABULAR em fãntalo</b>				[ 0 ] [ 2 ]		[ ] [ ] [ ]	
8- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>PROTESE FEMORAL DE REVISAO</b>				[ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ]	
9- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>CABEÇA FEMORAL EM CERAMICA</b>				[ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ]	
10- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>Cebos de aço</b>				[ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ]	
11- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>parafusos acetabulares</b>				[ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ]	
12- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>Kit de lavagem pulsátil</b>				[ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ]	
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 <b>11/05/2014</b>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Mauricio R. Miyasaki</b> <b>CRM/PR 24650</b>				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			