



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 00500000967629		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN					
10 - Nome Flávio Antonio Baccarin Costa				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 - CID 10 Principal (opcional) M16-9		30 - CID 10 (2) (opcional)		31 - CID 10 (3) (opcional)					
32 - CID 10 (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"/>		130724058		ARTROPLASTIA DE QUADRIL DIREITO		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>				HASTE FEMORAL CIMENTADA NÃO CIMENTADA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>				PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>				LINER EM POLIETILENO CROSSLINK		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>				CABEÇA EM CERAMICA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>				CIMENTO ORTOPEDICO		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12- <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 Dr. Mauricio R. Miyasaki		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

Dr. Mauricio R. Miyasaki
CRM 24650