



# 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>005000000491717B</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN											
10 - Nome <b>Cigale Ferreira Lopes</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde											
Dados do Contratado Solicitante															
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA</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						21 - Data sugerida para Internação <b>08/11/23</b>									
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA</b>				27 - Previsão de uso de Quimioterápico									
22 - Caráter de Atendimento		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de internação		25 - Qtde. diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME							
28 - Indicação Clínica  <b>DOR NO QUADRIL ESQ</b> <b>EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA</b>															
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 <b>ARTROPLASTIA DE QUADRIL ESQ</b>				37 - Qtde. Solic		38 - Qtde. Aut					
1- [ ] [ ]		[ 3 ] [ 0 ] [ 7 ] [ 2 ] [ 4 ] [ 0 ] [ 5 ] [ 8 ]						[ ] [ 0 ] [ 1 ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
2- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
3- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
4- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
5- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
6- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>HASTE FEMORAL CIMENTADA</b>				[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
7- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA</b>				[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
8- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>LINER EM POLIETILENO CROSSLINK</b>				[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
9- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>CABEÇA EM CERÂMICA</b>				[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
10- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		<b>CIMENTO ORTOPÉDICO</b>				[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
11- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
12- [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]						[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]					
Dados da autorização															
39 - Data provável da Admissão hospitalar [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ]		40 - Qtde Diárias Autorizadas		41 - Tipo de acomodação autorizada				44 - Código CNES							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado													
45 - Observação															
46 - Data da Solicitação [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ]										47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dr. Maurício R. Miyasaki  
CRM/PR 24650