



# 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>0975.0000018073452</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome <b>João Fernando Contino fern</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>Uniate</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 <b>Uniate</b>				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 ESQUERDO</b> <b>EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA</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- <input type="checkbox"/>		3 0 7 2 4 0 5 8		ARTROPLASTIA DE QUADRIL				0 1		<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 <del>CIMENTADA</del> <b>NÃO CIMENTADA</b>				<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 CERÂMICA				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>				<del>CIMENTO ORTOPÉDICO</del>				<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 <b>10/04/2024</b>		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>10/04/2024</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			