



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora apto									
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 00050000006303068-6		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
10 - Nome Gláucia José da Silva				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
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				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 EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA											
29 - CID10 Principal (opcional) M16.5		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] [0] [5] [8]		ARTROPLASTIA DE QUADRIL				[] [0] [1]		[] [] [] []	
2- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []	
3- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []	
4- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []	
5- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []	
6- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		HASTE FEMORAL CIMENTADA NÃO CIMENTADA				[] [] [] []		[] [] [] []	
7- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA				[] [] [] []		[] [] [] []	
8- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		LINER EM POLIETILENO CROSSLINK				[] [] [] []		[] [] [] []	
9- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		CABEÇA EM CERÂMICA				[] [] [] []		[] [] [] []	
10- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		CIMENTO ORTOPÉDICO				[] [] [] []		[] [] [] []	
11- [] []		[] [] [] [] [] [] [] []						[] [] [] []		[] [] [] []	
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		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			