

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
------------------	---	-----------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira ____	8 - Plano	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome EVANDRO CÉSAR MELLO DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 23.538
	18 - UF PR	19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador HOSPITAL
22 - Caráter da Internação [] E - Eletiva [] U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação [] 1 - Clínica [] 2 - Cirúrgica [] 3 - Obstétrica [] 4 - Pediátrica [] 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação [] 1 - Hospitalar [] 2 - Hospital-dia [] 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas [] 0 [] 1 []

26 - Indicação Clínica

PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença [] C [] A - Aguda [] C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente [] 0 [] 1 [] - [] M [] A - Anos [] M - Meses [] D - Dias	29 - Indicação de Acidente [] 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho [] 1 - Trânsito [] 2 - Outros
30 - CID 10 Principal [] M [] 1 [] 9 [] 9 []	31 - CID 10 (2) [] [] [] [] [] []	32 - CID 10 (3) [] [] [] [] [] []
	33 - CID 10 (4) [] [] [] [] [] []	

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1- []	[] 3 [] 0 [] 7 [] 3 [] 8 [] 0 [] 4 [] 0 []	TRATAMENTO DO IMPACTO POR VIDEOARTROSCOPIA	[] 0 [] 1 []	[] [] []
2- []	[] 3 [] 0 [] 7 [] 3 [] 8 [] 0 [] 5 [] 9 []	CONDROPLASTIA + SUTURA LABRAL	[] [] []	[] [] []
3- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	TAXA DE VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL	[] [] []	[] [] []
4- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
5- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	LÂMINA DE SHAVER ÓSSEO	[] 0 [] 2 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
2- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	LÂMINA DE SHAVER PARTES MOLES	[] 0 [] 1 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
3- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	ÂNCORA SOFT PARA QUADRIL COM FIO HI-FI	[] 1 [] 2 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
4- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	PONTEIRA VAPORIZAÇÃO 90° C/ ASPIRAÇÃO	[] 1 [] 1 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
5- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	EQUIPO 10 K	[] 1 [] 1 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
6- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	OPSITE	[] 1 [] 1 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
7- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	kit cânulas	[] 1 [] 1 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
8- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] 1 [] 1 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
9- []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] 1 [] 1 []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Dados da Autoriza

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas [] [] [] [] [] []	47 - Tipo da Acomodação Autorizada [] [] [] [] [] []
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES

51 - Observação

Dr. Rafael Leite de P. Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 23538

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
--	---	--