

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 MAURO JANENE COSTA				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 WALTER TAKI		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 18.000	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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
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 <input type="checkbox"/> C - Aguda <input type="checkbox"/> A - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> M - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 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	310724058	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
2			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
3			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
4			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
5			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

OPM Solicitadas

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
2		ACETABULO SEM CIMENTO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
3		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
4		CABEÇA CERAMICA 32	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
5		HASTE FEMORA CIMENTADA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
6		CIMENTOS ORTOPEDICOS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
7		KIT DE CIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
8		OPSITE	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
9		KIT LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 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		
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. Walter Taki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18000		
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização