

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

1 - Registro ANS	3 - Data de 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 MARIA FERNANDA ANTUNES SAMPAIO				
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 B				
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
20 - Código na Operadora / CNPJ		21 - Nome do Prestador HOSPITAL		
22 - Caracter da Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		25 - Qtd. Diárias Solicitadas 1013		
26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.				
História Diagnóstica				
27 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 01 - 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 M11.9		31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL
37 - Qtd. Solicit		38 - Qtd. Aut		
CPM Solicitados				
39 - Tabela		40 - Código do CPM		41 - Descrição CPM PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA
42 - Qtd.		43 - Fabricante		44 - Valor Unitário R\$
1 -				01
2 -				01
3 -				1
4 -				1
5 -				1
6 -				1
7 -				1
8 -				1
9 -				1
10 -				1
11 -				1
12 -				1
13 -				1
14 -				1
15 -				1
16 -				1
17 -				1
18 -				1
19 -				1
20 -				1
21 -				1
22 -				1
23 -				1
24 -				1
25 -				1
26 -				1
27 -				1
28 -				1
29 -				1
30 -				1
31 -				1
32 -				1
33 -				1
34 -				1
35 -				1
36 -				1
37 -				1
38 -				1
39 -				1
40 -				1
41 -				1
42 -				1
43 -				1
44 -				1
45 -				1
46 -				1
47 -				1
48 -				1
49 -				1
50 -				1
51 -				1
52 -				1
53 -				1
54 -				1
55 -				1
56 -				1
57 -				1
58 -				1
59 -				1
60 -				1
61 -				1
62 -				1
63 -				1
64 -				1
65 -				1
66 -				1
67 -				1
68 -				1
69 -				1
70 -				1
71 -				1
72 -				1
73 -				1
74 -				1
75 -				1
76 -				1
77 -				1
78 -				1
79 -				1
80 -				1
81 -				1
82 -				1
83 -				1
84 -				1
85 -				1
86 -				1
87 -				1
88 -				1
89 -				1
90 -				1
91 -				1
92 -				1
93 -				1
94 -				1
95 -				1
96 -				1
97 -				1
98 -				1
99 -				1
100 -				1
Dados de Autorização				
45 - Data Prevista de Admissão Hospitalar		46 - Qtd. Diárias Autorizadas		47 - Tipo de Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ		49 - Nome do Prestador Autorizado		50 - Código CNES
51 - Observação				
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 2009