

# 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

ANGELITA DOS ANJOS 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. QUADRIL ESQUERDO

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença C - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 0 1 - M - 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	CONDOPLASTIA + 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 ÔSSEO	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			1 1		
8					
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

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM /PR 23.538