## 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 Gu	ou l
	////_					
7 - Número da Carteira			3 - Plano	9 - Validade d	a Carteira	
					//	
10 - Nome	3	L			11 - Número do Cartão Nacional c	de Saúde
NILO CEZAR RIBEIR	0					
Dados do Contratado Solicitante						
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado				14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante						
	PINHO TAVARES		16 - Conselho Profissi CRM	onal	17 - Número no Conselho 23.538	18 - UF 19 - Código CBO S PR
Dados do Contratado Solicitado / Dados e	ia Internação					
20- Código na Operadora / CNPJ		21 - Nome do Prestador				THE CONTRACTOR OF THE CONTRACT
		HOSPITAL				
22 - Caráter da Internação	23-Tipo de Internaç	ão				
E_  E - Eletiva U - Urgência/E	mergência   _2_  1 - Clini	ca 2 - Cirúrgica 3 - Obst	étrica 4 - Pediátrica 5 - F	<sup>2</sup> siquiátrica		
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diarias Solicitadas				
_1  1 - Hospitalar 2 - Hospital-	dia 3 - Domiciliar					
PACIENTE APRESENTOU DORES EN	I QUADRIL , EVOLUINDO CO	M IMPOTENCIA FUNCION	AL E DIFICULDADE PARA	DEAMBULAR E	FAZER ATIVIDADES DO DIA	A DIA.
QUADRIL DIREITO						
Hipóteses Diagnósticas						
27-Tipo Doença	8-Tempo de Doença Referida pelo	Paciente 29 -	ndicação de Acidente			
_C   A - Aguda C - Crônica	0_1_ M   <b>A-</b> Anos <b>M</b>	I-Meses D-Dias	_  <b>0</b> - Acidente ou doença	relacionada a	o Trabalho 1 - Trânsito 2 -	- Outros
30-CID 10 Principal 31 - CID 10	(2) 32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)				
LM_1_1_9_1_9_1			_11			
Procedimentos Solicitados  34-Tabela 25 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solict 38 - Qtde. Aut						
1-     3   0   7   2		ARTROPLASTIA TO	OTAL DE QUADRIL _		37.50	_0 _1_
5-1						
OPM Solicitados	the state of the s					
39-Tabela 40-Código do OPM	41-Descrição OPM	OTESS TOTAL DE QUAD	42-Qtde. 43-Fabricante		or Unitário R\$	
2-1 1 1 1 1 1 1		OTESE TOTAL DE QUAD ETABULO SEM CIMENTO	DEM MALHA DE TITÂNIC	_0_ _1_		<del>                                     </del>
3-			SLINKED			
4-			**			<u>   </u>
5-			DA			
7-1_1_1 11_1_1_1_1						
8_ _	_ _ _ _ OPS	SITE		2	1,,-	
9-1_1_1 11_1_1_1_1_1	IIIIKIT [	DE LAVAGEM PULSÁTIL DESC	ARTÁVEL	1_1	.	, ,  ]
Dados da Autoriza						
45 - Data Provável da Admissão Hospital	ar 46 - Qtde. Diarias	Autorizadas 47 - 1	ipo da Acomodação Autorizada	i		
48 - Código na Operadora / CNPJ						
I I I I I I I I	1 1 1 1 1 1 1	49 - Nome do Prestador Auto	nzado			50 - Código CNES
51 - Observação						
The second secon						
52-Data e Assinatura do Médico Solicitan	te /	53-Data e Assinatura do Pon-	ficiário ou Responeável	r	54-Data e Assinatura do Respon	sável nela Autorização
52-Data e Assinatura do Médico Solicitan	te	53-Data e Assinatura do Bene	0.00 (		54-Data e Assinatura do Respon	
52-Data e Assinatura do Médico Solicitan	te	53-Data e Assinatura do Bene	0.00 (		54-Data e Assinatura do Respon	

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