

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

DANIELE DA SILVA FERREIRA

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 <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"/>

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 <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A - 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	3 0 7 3 8 0 4 0	TRATAMENTO DO IMPACTO POR VIDEOARTROSCOPIA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
2	3 0 7 3 8 0 5 9	CONDOPLASTIA + SUTURA LABRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		TAXA DE VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPM Solicitados

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

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 Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

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