

GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2-Nº

123456789012

Por toda vida

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira			
9 - Nome	<i>Auzinete Arlinda Silva</i>			10 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante				
11 - Código do Contratado na Operadora	12 - Nome do Contratado			
13 - Nome do Profissional Solicitante	DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGIA DO QUADRIL CRM-PR 31666			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
18- Código do Contratado Solicitado na Operadora	19 - Nome do Hospital/Clinica	20 - Data sugerida p/ internação		
21 - Caráter da Internação	22-Tipo de Internação			
<input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica			
23 - Regime de Internação	24 - Qtde. Diárias Solicitadas			
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
25 - Indicação Clínica				
COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE				
Hipóteses Diagnósticas				
26-Tipo Doença	27-Tempo de Doença Referida pelo Paciente	28 - Indicação de Acidente		
<input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Não se aplica		
29-CIO 10 Principal	30 - CIO 10 (2)	31 - CIO 10 (3)	32 - CIO 10 (4)	
M 1 6 . 9	R 5 2 . 9			
Procedimentos Solicitados				
33-Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	36 - Qtde. Solut 37 - Qtde. Aut	
1-1	310712405 - 8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL; QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO		
2-1				
3-1				
4-1		PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA:		
5-1		ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR		
6-1		LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED		
7-1		HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO		
8-1		CABEÇA FEMORAL CERAMICA		
		02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL		
Dados da Autorização				
38 - Data Provável da Admissão Hospitalar	39 - Qtde. Diárias Autorizadas	40 - Tipo da Acomodação Autorizada		
41 - Código / Registro do Contratado na Operadora	42 - Nome da Unidade de Internação Autorizado	43 - Código CNES		
44 - Observações				
45-Assinatura do Médico Solicitante <i>DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGIA DO QUADRIL CRM-PR 31666</i>				
46-Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
47-Assinatura do Responsável pela Autorização				

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

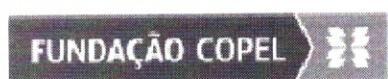
2 - Nº

123456789012

*Por toda vida*

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Válida da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira			
9 - Nome	<i>Guilherme Almeida Silva</i>			
10 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Solicitante				
11 - Código do Contratado na Operadora	12 - Nome do Contratado			
DR. GUILHERME RUFINI ISOLAMI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGIA DO QUADRIL CRM-PR 31666				
13 - Nome do Profissional Solicitante				
14 - Conselho Profissional				
15 - Número no Conselho				
16 - UF				
17 - Código CBO S				
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora	19 - Nome do Hospital/Clinica			
<i>UNISANTE</i>				
20 - Data sugerida p/ Internação				
21 - Caráter da Internação				
<input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	22 - Tipo de Internação			
<i>2</i>   1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica				
23 - Regime de Internação				
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	24 - Qtde. Diárias Solicitadas			
<i>102</i>				
25 - Indicação Clínica				
<b>COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE</b>				
Hipóteses Diagnósticas				
26 - Tipo Doença	27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	28 - Indicação de Acidente		
<input checked="" type="checkbox"/> C   A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Não se aplica		
29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	
M 1 6 . 9	R 5 2 . 9			
Procedimentos Solicitados				
33 - Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	36 - Qtd. Solict 37 - Qtd. Aut	
1 -	<b>1301724051-81</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL; QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO</b>		
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
38 - Data Provável da Admissão Hospitalar				
39 - Qtde. Diárias Autorizadas				
40 - Tipo de Acomodação Autorizada				
41 - Código / Registro do Contratado na Operadora				
42 - Nome da Unidade de Internação Autorizado				
43 - Código CNES				
44 - Observação				
45 - Assinatura do Médico Solicitante				
46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
47 - Assinatura do Responsável pela Autorização				

*DR. GUILHERME RUFINI ISOLAMI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DO QUADRIL  
CRM-PR 31666*



## **GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

2 - N° Guia no Prestador 2080667