

14/02/23

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				8 - Plano		9 - Validade da Carteira			
7 - Número da Carteira									
10 - Nome SUELI RIBEIRETE GARCIA				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Solicitante				13 - Nome do Contratado HEL				14 - Código CNES	
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF									
15 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI				16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 18.000		18 - UF PR	
19 - Código CBO 3									
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				21 - Nome do Prestador HOSPITAL					
20 - Código na Operadora / CNPJ									
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"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
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"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9				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- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1		ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	
2- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
OPM Solicitadas									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
1- <input type="checkbox"/>				PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			
2- <input type="checkbox"/>				ACETABULO SEM CIMENTO		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			
3- <input type="checkbox"/>				LINER POLIETILENO CROSSLINKED		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			
4- <input type="checkbox"/>				CABEÇA CERAMICA 32		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			
5- <input type="checkbox"/>				HASTE FEMORA CIMENTADA		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			
6- <input type="checkbox"/>				CIMENTOS ORTOPEDICOS		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1			
7- <input type="checkbox"/>				KIT DE CIMENTAÇÃO		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			
8- <input type="checkbox"/>				OPSITE		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1			
9- <input type="checkbox"/>				KIT LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 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 Walter Taki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18000									
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização					