



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

LUCIA BONAFINI

0 0 0 5 0 0 0 0 0 0 1 1 6 8 5 2 8

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares

Ortopedia e Traumatologia

15 - Conselho Profissional

HEL

16 - Número no Conselho

2 3 5 3 8

17 - UF

18 - Código CBO

14 - Nome do Profissional Solicitante

CRM 23.538

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

2

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

5 (2)

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

DOR INTENSA no QUADRIL DIREITO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.

28 - Indicação Clínica

paciente com limitação de amplitude de movimento,
RISCO AUMENTADO DE LUXAÇÃO, PEÇO ATQ DUPLA MOBILIDADE

C

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M 1 9 9

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- _____

LINER DE POLIETILENO dupla mobilidade

02- _____

PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA dupla mobilidade

03- _____

ACETABULO SEM CIMENTO DUPLA MOBILIDADE

04- _____

COM POSSIBILIDADE DE PARAFUSOS (BIOMET)

05- _____

FEMUR CIMENTADO

06- _____

CABEÇA METAL 28 MM

07- _____

2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO

08- _____

2 OPSITES

09- _____

2 PARAFUSOS ACETABULARES

10- _____

11- _____

12- _____

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ

PACIENTE ATIVA QUE NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.

LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA

44 - Código CNES

45 - Observações

IGUAL AO LADO ESQUERDO

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares

Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização