

# 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 <b>CLAUDIA APARECIDA MILANI</b>	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 <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	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 EVANGÉLICO DE LONDRINA
--	---

22 - Caráter da Internação _ E _ E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação _ 2 _ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
---	---

24 - Regime de Internação _ 1 _ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _ 0 _ 3 _
---	---

26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL ESQUERDO , EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.
--

## Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença _ C _ A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ 0 _ 1 _ - _ M _ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente _ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal _ M _ 1 _ 9 _ 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 2 4 0 5 8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	_ 0 _ 1 _	_ _
2 -			_ _	_ _
3 -			_ _	_ _
4 -			_ _	_ _
5 -			_ _	_ _

## OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1 -		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA	_ 0 _ 1 _		_ _ _ _ _
2 -		ACETABULO SEM CIMENTO EM MALHA DE TITÂNIO	_ 0 _ 1 _		_ _ _ _ _
3 -		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	_ 1 _		_ _ _ _ _
4 -		CABEÇA CERAMICA 32	_ 1 _		_ _ _ _ _
5 -		HASTE FEMORAL CIMENTADA	_ 1 _		_ _ _ _ _
6 -		CIMENTOS ORTOPEDICOS	_ 2 _		_ _ _ _ _
7 -		KIT DE CIMENTAÇÃO	_ 1 _		_ _ _ _ _
8 -		OPSITE	_ 2 _		_ _ _ _ _
9 -		KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL DESCARTÁVEL	_ 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 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 _ _ / _ _ / _ _
---	--	---