

# 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

**ELIS MARCOLINO**

## 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
22 - Caráter da Internação [ ] E - Eletiva [ ] U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação [ ] 1 - Clínica [ ] 2 - Cirúrgica [ ] 3 - Obstétrica [ ] 4 - Pediátrica [ ] 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação [ ] 1 - Hospitalar [ ] 2 - Hospital-dia [ ] 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas [ ] 0 [ ] 3 [ ]

## 26 - Indicação Clínica

PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.  
SOLTURA DE PRÓTESE ACETABULAR COM PERDA ÓSSEA GRAVE (DEFEITO ÓSSEO NO TETO ACETABULAR CONTIDO TIPO PAPROSKY 2B) . NECESSITA DE REVISÃO ACETABULAR COM JUMBOCUP EM TANTALO + REVISÃO DA HASTE FEMORAL COM TÉCNICA CIMENTO SOBRE CIMENTO + ENXERTO ÓSSEO LIOFILIZADO SINTÉTICO NO CISTO DE TETO ACETABULAR

## Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença [ ] C - Aguda [ ] A - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente [ ] 0 [ ] 1 [ ] M - 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 [ ] 2 [ ] 7 [ ] 9 [ ]	REVISÃO DE _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 -		_1 CUNHA EM TANTALO _+ORTHOSS BLOCK 1X1X2 (3 UNIDADES)			
2 -		_ACETABULO SEM CIMENTO EM TANTALO	[ ] 0 [ ] 1 [ ]		
3 -		_LINER POLIETILENO CROSSLINKED	[ ] 1 [ ]		
4 -		_CABEÇA CERAMICA 32	[ ] 1 [ ]		
5 -		_HASTE FEMORAL CIMENTADA	[ ] 1 [ ]		
6 -		_CIMENTOS ORTOPEDICOS	[ ] 1 [ ]		
7 -		_KIT DE CIMENTAÇÃO	[ ] 1 [ ]		
8 -		_OPSITE	[ ] 2 [ ]		
9 -		_KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL DESCARTÁVEL	[ ] 1 [ ]		

## Dados da Autorização

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 / /	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável / /	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização / /
---	--	---

Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM /PR 23.538