



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 0005 000000 1848910 GENTIL FALASCA	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
10 - Nome Social		
10 - Nome		

Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado Dr Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia HE L	14 - Nome do Profissional Solicitante CRM 23.538	
15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho 23538	17 - UF	18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 2	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 5	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,
C

29 - CID 10 Principal (Opcional) M199	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 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 CROSSLINKED		
02		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA		
03		ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO		
04		FEMUR CIMENTADO		
05		CABEÇA CERÂMICA 32 MM		
06		2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO		
07		2 OPSITES		
08		2 PARAFUSOS ACETABULARES		
09				
10				
11				
12				

Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Comentários do Médico Solicitante PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES. LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA			44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa			
---------------------------------	--	--	--

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
--------------------------	--	--	---