

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2- Nº 123456789012

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
90515056				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira			
00500000095371347				
9 - Nome				10 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Ailton Almeida				
Dados do Contratado Solicitante				
11 - Código do Contratado na Operadora		12 - Nome do Contratado		
13 - Nome do Profissional Solicitante		14 - Conselho Profissional	15 - Número no Conselho	16 - UF
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora		19 - Nome do Hospital/Clinica		20 - Data sugerida p/ internação
		União		
21 - Caracter da Internação		22 - Tipo de Internação		
E - Eletiva U - Urgência/Emergência		2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica		
23 - Regime de Internação		24 - Qtde. Diárias Solicitadas		
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		02		
25 - Indicação Clínica				
COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE				
+ escoliose e perda bônus papir p/ vici				
Hipóteses Diagnósticas				
26 - Tipo Doença		27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente		28 - Indicação de Acidente
C - Crônica		A - Anos M - Meses D - Dias		0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros 9 - Não se aplica
29 - CID 10 Principal		30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)
M16.9		R52.9		
Procedimentos Solicitados				
33 - Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	36 - Qtde. Solicit	37 - Qtde. Aut
1	31072401518	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO		
2		PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA:		
3		ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR		
4		LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED		
5		HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO		
6		CABECA FEMORAL CERAMICA		
7		02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL		
8				
Dados da Autorização				
38 - Data Provável da Admissão Hospitalar		39 - Qtde. Diárias Autorizadas	40 - Tipo da Acomodação Autorizada	
41 - Código / Registro do Contratado na Operadora		42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada		43 - Código CNES
44 - Observação				
45 - Assinatura do Médico Solicitante				
DR. GUILHERME RUFIM/SUS-PR ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CHURUGIA DO QUADRIL CRM-PR 31666				
46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
47 - Assinatura do Responsável pela Autorização				

43-99105-3678