

# 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>DENISE SANO</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
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 IMPOTENCIA 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		

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

[ ] / [ ] / [ ]

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

[ ] / [ ] / [ ]

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

[ ] / [ ] / [ ]

Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.538