



# 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 JULIANA RIBEIRO SOARES		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Unioeste	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538		15 - Conselho Profissional	
16 - Número no Conselho 23538		17 - UF	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitante			
19 - Código na Operadora / CNPJ 2		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Descrição da Internação DOR INTENSA no QUADRIL direito COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. 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 Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela		35 - Código de 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 - Paciente Ativo QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES. LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE 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 CRM 23.538		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			