

Mediservice

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		8 - Plano	9 - Validade da Carteira
7 - Número da Carteira	000209015895361102		

10 - Nome	ROSEMERI CECIN FACCO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------	----------------------	---

Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
WALTER TAKI	CRM	18.000	PR	

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação		21 - Nome do Prestador
20 - Código na Operadora / CNPJ		HOSPITAL <i>Cereja</i>

22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	01

26 - Indicação Clínica
PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.

Hipóteses Diagnósticas		29 - Indicação de Acidente
27 - Tipo Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	01 - <input type="checkbox"/> M - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros

30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
M19.9			

Procedimentos Solicitados		37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	
1- 1		VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL	01
2- 1	30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMOROACETABULAR	
3- 1	30738059	SUTURA DO LABRUM	
4- 1			
5- 1			

OPM Solicitados		42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM		
1- 1		TAXA DE VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL	01	
2- 1		BOMBA DE INFUSÃO	01	
3- 1		ANCORAS ABSORVIVEL PARA QUADRIL	02	
4- 1		OPSITE (STERIL DRAPE)	1	
5- 1		SHAVER PARTES MOLES PARA QUADRIL	3	
6- 1		SHAVER PARTES OSSEAS PARA QUADRIL	3	
7- 1		PONTEIRA DE RADIO FREQUENCIA BIPOLAR	1	
8- 1				

Dados da Autorização		46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Acomodação Autorizada	50 - Código CNES
45 - Data Provável de Admissão Hospitalar				
48 - Código na Operadora / CNPJ		49 - Nome do Prestador Autorizado		

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
	<i>Walter Taki</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 48700		