

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 SEBASTIAO RONALDO DA SILVA	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 WALTER TAKI	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 18.000
	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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input 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 <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

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 <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1	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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
2-			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3-			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
4-			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
5-			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
2-		ACETABULO SEM CIMENTO - PM-SANTAGO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
3-		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
4-		CABEÇA CERAMICA 32	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
5-		HASTE FEMORA CIMENTADA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
6-		CIMENTOS ORTOPEDICOS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
7-		KIT DE CIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
8-		OPSITE	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
9-		KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL DESCARTÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		

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

<p><i>Dr. Walter Taki</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18000</p>		
--	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
--	---	--