

# 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>VALMIR DE OLIVEIRA CARVALHO</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>WALTER TAKI</b>	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 [ ] 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 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3

26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTA SINAIS DE OSTEOMIELITE DE QUADRIL ESQ ASSOCIADO A FISTULA ATIVA

## Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença [ ] C - Aguda [ ] A - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente [ ] 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ] 8 [ ] 9	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) [ ] M [ ] 8 [ ] 7 [ ] 9 [ ]	

## Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-	[ ] 3 [ ] 0 [ ] 7 [ ] 2 [ ] 5 [ ] 1 [ ] 4 [ ] 3 [ ]	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DE QUADRIL		[ ] 0 [ ] 1 [ ]
2-				
3-				
4-				
5-				

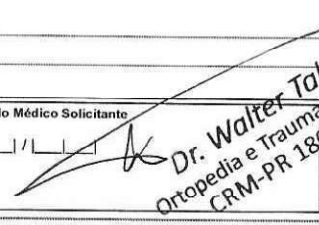
## OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-			[ ] 0 [ ] 1 [ ]		
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					

## Dados da Autorização

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