

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 ELOISA HELENA ARANDA GARCIA DE SOUZA	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 RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	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_ E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação _2_ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação _1_ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _0_3_

26 - Indicação Clínica

PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL D, 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_ 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-	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	01	
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	01		
2-		ACETABULO SEM CIMENTO EM MALHA DE TITÂNIO	01		
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 _/_/___/___
-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM /PR 23.538