

104/23

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																																																						
<div>Dados do Beneficiário</div> <div>7 - Número da Carteira</div> <div>8 - Plano</div> <div>9 - Validade da Carteira</div>																																																										
10 - Nome GIOVANNI CAMARGO MARGOTTO ESTEVES				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde																																																						
<div>Dados do Contratado Solicitante</div> <div>12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</div>		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																																																						
<div>Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação</div> <div>20 - Código na Operadora / CNPJ</div>		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																																																								
26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.																																																										
<div>Hipóteses Diagnósticas</div> <div>27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica</div> <div>28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> M A-Anos M-Meses D-Dias</div> <div>29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros</div>																																																										
30 - CID 10 Principal <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)																																																							
<div>Procedimentos Solicitados</div> <div>34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic 38 - Qtde. Aut</div> <table border="1"><tr><td>1 -</td><td></td><td>VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL</td><td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</td><td></td></tr><tr><td>2 -</td><td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0</td><td>TRATAMENTO DO IMPACTO FEMOROACETABULAR</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3 -</td><td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9</td><td>SUTURA DO LABRUM -</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					1 -		VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		2 -	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMOROACETABULAR			3 -	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9	SUTURA DO LABRUM -			4 -					5 -																																	
1 -		VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1																																																							
2 -	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMOROACETABULAR																																																								
3 -	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9	SUTURA DO LABRUM -																																																								
4 -																																																										
5 -																																																										
<div>OPM Solicitados</div> <table border="1"><thead><tr><th>39 - Tabela</th><th>40 - Código do OPM</th><th>41 - Descrição OPM</th><th>42 - Qtde.</th><th>43 - Fabricante</th><th>44 - Valor Unitário R\$</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 -</td><td></td><td>TAXA DE VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL</td><td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2 -</td><td></td><td>BOMBA DE INFUSÃO</td><td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3 -</td><td></td><td>ANCORAS ABSORVIVEL PARA QUADRIL</td><td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4 -</td><td></td><td>OPSITE (STERIL DRAPE)</td><td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5 -</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> 0</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6 -</td><td></td><td>SHAVER PARTES MOLES PARA QUADRIL</td><td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>7 -</td><td></td><td>SHAVER PARTES OSSEAS PARA QUADRIL</td><td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>8 -</td><td></td><td>PONTEIRA DE RADIO FREQUENCIA BIPOLAR</td><td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$	1 -		TAXA DE VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			2 -		BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			3 -		ANCORAS ABSORVIVEL PARA QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2			4 -		OPSITE (STERIL DRAPE)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			5 -			<input type="checkbox"/> 0			6 -		SHAVER PARTES MOLES PARA QUADRIL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			7 -		SHAVER PARTES OSSEAS PARA QUADRIL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1			8 -		PONTEIRA DE RADIO FREQUENCIA BIPOLAR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1		
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$																																																					
1 -		TAXA DE VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1																																																							
2 -		BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1																																																							
3 -		ANCORAS ABSORVIVEL PARA QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2																																																							
4 -		OPSITE (STERIL DRAPE)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1																																																							
5 -			<input type="checkbox"/> 0																																																							
6 -		SHAVER PARTES MOLES PARA QUADRIL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1																																																							
7 -		SHAVER PARTES OSSEAS PARA QUADRIL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1																																																							
8 -		PONTEIRA DE RADIO FREQUENCIA BIPOLAR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1																																																							
<div>Dados da Autorização</div> <div>45 - Data Proveniente da Admissão Hospitalar</div>		46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo de 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																																																						

Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia