

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº 123456789012

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
------------------	-------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Nome

10 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

11 - Código do Contratado na Operadora

12 - Nome do Contratado

13 - Nome do Profissional Solicitante

14 - Conselho Profissional

15 - Número no Conselho

16 - UF

17 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação

18 - Código do Contratado Solicitante na Operadora

19 - Nome do Hospital/Clinica

20 - Data sugerida p/ Internação

21 - Caráter da Internação

E - Eletiva U - Urgência/Emergência

22 - Tipo de Internação

1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

23 - Regime de Internação

1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

24 - Qtde. Diárias Solicitadas

0 2

25 - Indicação Clínica

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITACAO FUNCAO DO PACIENTE

Secundária a osteonecrose

Hipóteses Diagnósticas

26 - Tipo Doença

A - Aguda C - Crônica

27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

A - Anos M - Meses D - Dias

28 - Indicação de Acidente

0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros 9 - Não se aplica

29 - CID 10 Principal

M 1 6 . 9

30 - CID 10 (2)

R 5 2 . 9

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

33 - Tabela

34 - Código do Procedimento

35 - Descrição

36 - Qtde. Solic 37 - Qtde. Aut

1	3	0	7	2	4	0	5	-	18
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TECNICA OU VERSAO

PROTESE TOTAL DE QUADRIL NAO CIMENTADA CERA-CERA:

ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR

LINER ACETABULAR CERAMICA

HASTE FEMUR NAO CIMENTADO

CABECA FEMORAL CERAMICA

02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL

Dados da Autorização

38 - Data Provável da Admissão Hospitalar

39 - Qtde. Diárias Autorizadas

40 - Tipo da Acomodação Autorizada

41 - Código / Registro do Contratado na Operadora

42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada

43 - Código CNES

44 - Observação

45 - Assinatura do Médico Solicitante

46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

47 - Assinatura do Responsável pela Autorização

DR. GUILHERME KUFINI ISOLANI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO QUADRIL
CRM-PR 31666