

# 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
<p>Dados do Beneficiário</p>				
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira		
10 - Nome			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
ALESSANDRO FERREIRA POLLETI				
<p>Dados do Contratado Solicitante</p>				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado			14 - Código CN
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho
RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES			CRM	23.538
18 - UF			19 - Código CB	
PR				
<p>Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação</p>				
20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador			
	HOSPITAL			
22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação			
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<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	25 - Qtde. Diárias Solicitadas			
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
26 - Indicação Clínica				
PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.				
<p>Hipóteses Diagnósticas</p>				
27 - Tipo Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente		
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros		
30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 0				
<p>Procedimentos Solicitados</p>				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut	
1- <input type="checkbox"/>	3   0   7   2   4   2   8   7	FORAGEM POR ESTAKEAMENTO DO QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
2- <input type="checkbox"/>				
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
<p>OPM Solicitados</p>				
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante
1- <input type="checkbox"/>		1 FIO DE STEINMANN	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
2- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
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"/>				
<p>Dados da Autoriza</p>				
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