



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

5 - Senha

\_\_\_

6 - Data de Validade da Senha

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0005 000000 9900015  
MARIA EMILIA SIGOLI MARQUES

8 - Validade da Carteira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_

10 - Nome

\_\_\_

11 - Cartão Nacional de Saúde

\_\_\_

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

\_\_\_

13 - Nome do Contratado

Unioeste

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.538

15 - Conselho Profissional

\_\_\_

16 - Número no Conselho

23538

17 - UF

\_\_\_

18 - Código CBO

\_\_\_

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

2

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

\_\_\_

21 - Data sugerida para internação

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

22 - Caracter do Atendimento

2

23 - Tipo de Internação

\_\_\_

24 - Regime de Internação

5

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

\_\_\_

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_

28 - Indicação de Internação  
DOB INTENSA no QUADRIL direito COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.  
paciente com limitação de amplitude de movimento,  
OTTO PELVIS, NECESSITA DE ENXERTO AUTÓLOGO  
  
C

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M199

30 - CID 10 (2) (Opcional)

\_\_\_

31 - CID 10 (3) (Opcional)

\_\_\_

32 - CID 10 (4) (Opcional)

\_\_\_

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

\_\_\_

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- ___	3 07 24 05 8 3.07.13.07-2	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO) ENXERTO ÓSSEO	___	___
02- ___	___	LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED	___	___
03- ___	___	PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA	___	___
04- ___	___	ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO	___	___
05- ___	___	FEMUR CIMENTADO	___	___
06- ___	___	CABEÇA CERÂMICA 32 MM	___	___
07- ___	___	2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO	___	___
08- ___	___	2 OPSITES	___	___
09- ___	___	2 PARAFUSOS ACETABULARES	___	___
10- ___	___	___	___	___
11- ___	___	___	___	___
12- ___	___	___	___	___

## Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

\_\_\_

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

\_\_\_

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PROTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

\_\_\_

44 - Código CNES

\_\_\_

45 - Observação / Justificativa

\_\_\_

46 - Data da Solicitação

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.538

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_