

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

1 - Registro ANE	3 - Data de 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 LUCY SANCHES SANTIAGO 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 - Nome do Contratado HGL 14 - Código CNES 15 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI 16 - Conselho Profissional CRM 17 - Número no Conselho 18.000 18 - UF PR 19 - Código CBO 3				
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação 20 - Código na Operadora / CNPJ 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 <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.				

Hipóteses Diagnósticas			
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> C - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 - M - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
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)

Procedimentos Solicitados		37 - Qtde. Solic 38 - Qtde. Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição
1 -	3 0 7 2 4 0 5 8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		

OPM Solicitadas		41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1 -	35 - Tabela	36 - Código do OPM			
1 -		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
2 -		ACETABULO SEM CIMENTO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
3 -		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	<input type="checkbox"/> 1		
4 -		CABEÇA CERAMICA 32	<input type="checkbox"/> 1		
5 -		HASTE FEMORA CIMENTADA	<input type="checkbox"/> 1		
6 -		CIMENTOS ORTOPEDICOS	<input type="checkbox"/> 2		
7 -		KIT DE CIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> 1		
8 -		OPSITE	<input type="checkbox"/> 2		
9 -		KIT LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL	<input type="checkbox"/> 1		

Dados de Autoriza		
46 - Data Provável da Admissão Hospitalar	48 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
49 - 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 CRM-PR 18000		