

24/02/23

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
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira		
10 - Nome OSVALDO LAZARINI		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	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
19 - Código CBO S				
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 03			
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"/> 01 - <input type="checkbox"/> 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 M11.9	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)	
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	01	
2- <input type="checkbox"/>				
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
OPM Solicitadas				
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante
1- <input type="checkbox"/>		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA	01	
2- <input type="checkbox"/>		ACETABULO SEM CIMENTO	01	
3- <input type="checkbox"/>		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	1	
4- <input type="checkbox"/>		CABEÇA CERAMICA 32	1	
5- <input type="checkbox"/>		HASTE FEMORA CIMENTADA	1	
6- <input type="checkbox"/>		CIMENTOS ORTOPEDICOS	2	
7- <input type="checkbox"/>		KIT DE CIMENTAÇÃO	1	
8- <input type="checkbox"/>		OPSITE	2	
9- <input type="checkbox"/>		KIT LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL	1	
Dados da Autoriza				
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 Walter Taki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18000		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização