

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

20/02/23

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 MARIA TERESA SALVADEU POPOFF			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
<p>Dados do Contratado Solicitante</p>				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado HEL			14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 18.000	18 - UF PR
<p>Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação</p>				
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.				
<p>Hipóteses Diagnósticas</p>				
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 - <input type="checkbox"/> M - A-Anos M-Meses 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 M19.9	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)	
<p>Procedimentos Solicitados</p>				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	01	
2		quadril esquerdo		
3				
4				
5				
<p>OPM Solicitados</p>				
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante
1		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA	01	
2		ACETABULO SEM CIMENTO	01	
3		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	1	
4		CABEÇA CERAMICA 32	1	
5		HASTE FEMORA CIMENTADA	1	
6		CIMENTOS ORTOPEDICOS	2	
7		KIT DE CIMENTAÇÃO	1	
8		OPSITE	2	
9		KIT LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL	1	
<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 Walter Taki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18000		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização