

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-12

1 - Registro ANS	2 - Data da Autorização	3 - Sexo	4 - Data Vencido da Sesia	5 - Data de Emissão do Guia
------------------	-------------------------	----------	---------------------------	-----------------------------

6 - Número da Carteira	7 - Nome	8 - Validade da Carteira
------------------------	----------	--------------------------

9 - Nome	10 - Número do Cartão Nacional de Saúde
----------	---

11 - Nome do Contratado Solicitante	12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------	------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional UIM	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CID 8
---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------	---------	-------------------

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
---------------------------------	------------------------

22 - Caracter da Informação	23 - Tipo de Informação
-----------------------------	-------------------------

24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Dias Solicitados
---------------------------	----------------------------

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	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
------------------	---	----------------------------

30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic. 38 - Qtd. Aut.
-------------	-----------------------------	----------------	---------------------------------

39 - Tabela	40 - Código do CPM	41 - Descrição CPM	42 - Qtd. 43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
-------------	--------------------	--------------------	---------------------------	-------------------------

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtd. Dias Autorizados	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
--	---	--

Dr. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000