

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

ANDREIA CARVALHO VIEIRA

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	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho
RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES		23.538
	18 - UF	19 - Código CBO S
	PR	

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
_____	HOSPITAL
22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação
[E] E - Eletiva U - Urgência/Emergência	[2] 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas
[1] 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	[0] 3

26 - Indicação Clínica

PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.

QUADRIL ESQUERDO.

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
[C] A - Aguda C - Crônica	[0] 1 - [M] A-Anos M-Meses D-Dias	[] 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)
[M] 1 9 9		
	33 - CID 10 (4)	

Procedimentos Solicitados

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

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtd.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- []		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA	[0] 1		
2- []		ACETABULO SEM CIMENTO EM MALHA DE TITÂNIO	[0] 1		
3- []		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	[1] 1		
4- []		CABEÇA CERAMICA 32	[1] 1		
5- []		HASTE FEMORAL CIMENTADA	[1] 1		
6- []		CIMENTOS ORTOPEDICOS	[1] 2		
7- []		KIT DE CIMENTAÇÃO	[1] 1		
8- []		OPSITE	[1] 2		
9- []		KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL DESCARTÁVEL	[1] 1		

Dados da Autoriza

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtd. 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	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
___/___/___	___/___/___	___/___/___

Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM /PR 23.538