

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

3- Nº

95482663

1 - Registro ANS	2 - Data de Autorização	3 - Série	4 - Data Válidade da Série	5 - Data de Emissão do Guia
Dados do Beneficiário				
6 - Nome do Beneficiário	7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira	
10 - Nome				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
JOSE TELES				
Dados do Prestador Autorizado				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNEB		
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho	18 - UF
WALTER TAKI		CRM	18.000	PR
Dados do Contrato Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Prestador	21 - Tipo de Internação		
	HOSPITAL	HEL		
22 - Centro de Internação	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação		
25 - Regime de Internação	26 - Data, Dia e Hora Solicitada	27 - Indicação Clínica		
28 - Regime de Internação	29 - Data, Dia e Hora Solicitada	30 - Indicação Clínica		
PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.				
Hipóteses Diagnósticas				
31 - Tipo Doença	32 - Tempo de Doença Relatado pelo Paciente	33 - Indicação de Acidente		
34 - Tipo Doença	35 - Tempo de Doença Relatado pelo Paciente	36 - Indicação de Acidente		
37 - CID 10 Principal	38 - CID 10 (2)	39 - CID 10 (3)	40 - CID 10 (4)	
41 - CID 10 Principal	42 - CID 10 (2)	43 - CID 10 (3)	44 - CID 10 (4)	
Procedimentos Solicitados				
45 - Tipo de Procedimento	46 - Data, Dia e Hora	47 - Data, Dia e Hora	48 - Data, Dia e Hora	49 - Data, Dia e Hora
50 - Tipo de Procedimento	51 - Data, Dia e Hora	52 - Data, Dia e Hora	53 - Data, Dia e Hora	54 - Data, Dia e Hora
55 - Tipo de Procedimento	56 - Data, Dia e Hora	57 - Data, Dia e Hora	58 - Data, Dia e Hora	59 - Data, Dia e Hora
60 - Tipo de Procedimento	61 - Data, Dia e Hora	62 - Data, Dia e Hora	63 - Data, Dia e Hora	64 - Data, Dia e Hora
65 - Tipo de Procedimento	66 - Data, Dia e Hora	67 - Data, Dia e Hora	68 - Data, Dia e Hora	69 - Data, Dia e Hora
70 - Tipo de Procedimento	71 - Data, Dia e Hora	72 - Data, Dia e Hora	73 - Data, Dia e Hora	74 - Data, Dia e Hora
75 - Tipo de Procedimento	76 - Data, Dia e Hora	77 - Data, Dia e Hora	78 - Data, Dia e Hora	79 - Data, Dia e Hora
80 - Tipo de Procedimento	81 - Data, Dia e Hora	82 - Data, Dia e Hora	83 - Data, Dia e Hora	84 - Data, Dia e Hora
85 - Tipo de Procedimento	86 - Data, Dia e Hora	87 - Data, Dia e Hora	88 - Data, Dia e Hora	89 - Data, Dia e Hora
90 - Tipo de Procedimento	91 - Data, Dia e Hora	92 - Data, Dia e Hora	93 - Data, Dia e Hora	94 - Data, Dia e Hora
95 - Tipo de Procedimento	96 - Data, Dia e Hora	97 - Data, Dia e Hora	98 - Data, Dia e Hora	99 - Data, Dia e Hora
Dados da Autorização				
96 - Data Prevista da Autorização Hospitalar	97 - Data, Dia e Hora Autorizada	98 - Tipo de Autorização Autorizada		
99 - Código na Operadora / CNPJ	100 - Nome do Prestador Autorizado	101 - Código CNEB		
102 - Observação				
103 - Data e Assinatura do Médico Solicitante				
104 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
105 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				

Dr. Walter Taki  
CRM-PR-18000