



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira THEREZA FALKOWSKI BERTOLDI	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
10 - Nome 0005 0000 41043270	11 - Cartão Nacional de Saúde	

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado HEL			
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho 23538	17 - UF	18 - Código CBO

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 2	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caracter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica  
DOR INTENSA NO QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.

paciente com limitação de amplitude de movimento,  
CISTO SUBCONDRAI NO TETO AC ETABULAR= GRANDE VOLUME

C

29 - CID 10 Principal (Opcional) M199	30 - CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 10 (3) (Opcional)	32 - CID 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	3.07.24.05-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)		
02	3.07.32.02-6	ENXERTO ÓSSEO		
03		LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED		
04		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA		
05		ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO		
06		FEMUR CIMENTADO		
07		CABEÇA CERÂMICA 32 MM		
08		2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO		
09		2 OPSITES		
10		2 PARAFUSOS ACETABULARES		
11				
12				

## Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código de Dependência da Autorização PACIENTE ATIVO QUE NÃO NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES. LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA			44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa Dr Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização