

# 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

**HERNANDO ARTILHA RODRIGUES**

## 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
<b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>		<b>23.538</b>
		18 - UF PR
		19 - Código CBO S

## 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
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<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	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

## 26 - Indicação Clínica

PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA 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
<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9		
	33 - CID 10 (4)	

## Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1 -	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

## OPM Solicitados

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

## Dados da Autoriza

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	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.538