

# 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 <b>ABÍLIO JOÃO MEDEIROS JÚNIOR</b>	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 <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 23.538
	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 _E_ E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação _2_ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação _1_ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _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.

**Hipóteses Diagnósticas**

27 - Tipo Doença _C_ A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _0_1_ - _M_ A-Anos M-Meses D-Dias	29 - Indicação de Acidente _0_ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal _M_1_9_9_	31 - CID 10 (2) _ _ _ _ _	32 - CID 10 (3) _ _ _ _ _
	33 - CID 10 (4) _ _ _ _ _	

**Procedimentos Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. 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 - Qtde.	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_		
4- _ _ _		CABEÇA CERAMICA 32	_1_		
5- _ _ _		HASTE FEMORAL CIMENTADA	_1_		
6- _ _ _		CIMENTOS ORTOPEDICOS	_2_		
7- _ _ _		KIT DE CIMENTAÇÃO	_1_		
8- _ _ _		OPSITE	_2_		
9- _ _ _		KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL DESCARTÁVEL	_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 _/_/___/___ Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM /PR 23.538	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/___/___	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/___/___
---	--	---