

# 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>MARIA LIDIA CACCAVELLA CARDOZO</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>WALTER TAKI</b>	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 18.000	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 - Eletiva [ ] U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação [ ] 1 - Clínica [ ] 2 - Cirúrgica [ ] 3 - Obstétrica [ ] 4 - Pediátrica [ ] 5 - Psiquiátrica
---	---

24 - Regime de internação [ ] 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 - 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 Solicitadas

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	[ ] 0 [ ] 1 [ ]		[ ]
3- [ ]		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	[ ] 1 [ ]		[ ]
4- [ ]		CABEÇA CERAMICA 32	[ ] 1 [ ]		[ ]
5- [ ]		HASTE FEMORA 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 / / <i>Dr. Walter Taki</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18000	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável / /	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização / /
--	--	---