

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 ADILSON GERALDO BUCCIOLI	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 WALTER TAKI	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 03
--	---

26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA BILATERALMENTE.
--

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença C - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 01 - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
---	--	---

30 - CID 10 Principal M11.9	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	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL DIREITA E ESQUERDA	02	
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	02		
2		ACETABULO SEM CIMENTO EM TANTALO	02		
3		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	2		
4		CABEÇA CERAMICA 32	2		
5		HASTE FEMORA CIMENTADA	2		
6		CIMENTOS ORTOPEDICOS	4		
7		KIT DE CIMENTAÇÃO	2		
8		OPSITE	4		
9		KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL DESCARTÁVEL	2		

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. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000