



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha <i>enf</i>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>00050000031124057</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		

10 - Nome <i>Maria Eliza Pinetti de Lima</i>
---

Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Alexandre Provenza</i>	15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</b>	17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Unioeste</i>	21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento <i>Cirurgia</i>	23 - Tipo de Internação <i>Eletivo</i>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
--	---	---------------------------	--	--	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica <i>Paciente com artropatia degenerativa, redução do espaço articular, com piora da algia em Joelho esquerdo, acompanha de hidrartrose local. Encaminha p/ tratamento cirurgico de Artroplastia total de joelho.</i>
---

29 - CID 10 Principal (opcional)	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		37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	
1- <input type="checkbox"/>	<b>31017121610314</b>	<i>Artroplastia total de joelho</i>	<b>01</b>
2- <input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>		<i>Kit proteze total de joelho - Zimmer</i>	<b>01</b>
9- <input type="checkbox"/>	<b>712129178888</b>	<i>cimento osso</i>	<b>01</b>
10- <input type="checkbox"/>		<i>Kit bavaagem pulse</i>	<b>01</b>
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			

Dados da autorização		
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
--	--	------------------

45 - Observação / Justificativa <i>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM: 28281 - TEOT 12360</i>		<i>Material Orthom</i>
---	--	----------------------------

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---