GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- N°

1 - Registro ANS
Dados do Beneficiário
8 - Plano
10 - Nome JEFFERSON ADRIANO TOMADON FILHO 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicifante 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 - Mores do Contratado 14 - Código CNES
12 - Codigo na Operadora / CNPJ / CPF [13 - Nome do Contratado] [14 - Codigo CNES]
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES 18 - Conselho Profissional (CRM) 17 - Número no Conselho 23.538 19 - Código CBO S PR
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação 20- Código na Operadora / CNPJ 21 - Nome do Prestador
20 - Codigo na Operadora / CNPJ
22 - Caráter da Internação 23-Tipo de Internação
L_E_ E - Eletiva U - Urgência/Emergência L2_ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 25 - Qitde. Diarias Solicitadas
L1_1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar L0_L1_L1
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 28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29 - Indicação de Acidente
_C A - Aguda C - Crônica O _1 - M A-Anos M-Meses D-Dias 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros 30-CID 10 Principal 31 - CID 10 (2) 32 - CID 10 (3) 33 - CID 10 (4)
[M_1_9_9_1]
Proceedings to Solicitudes
37 - Ottde. Solict 38 - Ottde. Aut 38 - Descrição 37 - Ottde. Solict 38 - Ottde. Aut 38 - Descrição 38 - Descrição 37 - Ottde. Solict 38 - Ottde. Aut 38 - Ottde. Aut 39 - Ottde. Aut 39 - Ottde. Solict 38 - Ottde. Aut 30 - Ottd
1 3 0 7 3 8 0 4 0
3-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
4-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1
5-100-100-100 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 2
OPM Solicitados 33-Tabela 40-Código do OPM 41-Descrição OPM 42-Qtde. 43-Fabricante 44-Valor Unitário R\$ 139-Tabela 40-Código do OPM 1 LÁMINA DE SHAVER ÓSSEO 0 2 0 2
3°
2-
4- PONTEIRA VAPORIZAÇÃO 90° C/ ASPIRAÇÃO 1 1
5-
6-
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
9-
lados da Autoriza
15 - Data Provável da Admissão Hospitalar 46 - Qtde, Diarias Autorizadas 47 - Tipo da Acomodação Autorizada
51 - Observação
52-Data e Assinatura do Médico Bolicitante \$1-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável \$4-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
52-Data e Assinatura do Medico Solicitame

Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM /PR 23.538