

# 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

**EDUARDO CORSINO DE CARVALHO**

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 _ A _ A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ 0 _ 2 _ - _ 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 _ 8 _ 7 _ 0 _	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   2   8   7	FORAGEM POR ESTAQUEAMENTO DO QUADRIL	01	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- _ _ _		1 FIO DE STEINMANN	01		
2- _ _ _			01		
3- _ _ _					
4- _ _ _					
5- _ _ _					
6- _ _ _					
7- _ _ _					
8- _ _ _					
9- _ _ _					

## 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 Rafael Leite de Pinho Tavares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.538