

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- N°

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

**MARIA EMILIA DO NASCIMENTO VALENCIANO**

## 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	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho
<b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>		<b>23.538</b>
	18 - UF	19 - Código CBO S
	<b>PR</b>	

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
	<b>HOSPITAL</b>
22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação
<b>E</b> - Eletiva <b>U</b> - Urgência/Emergência	<b>1</b> - Clínica <b>2</b> - Cirúrgica <b>3</b> - Obstétrica <b>4</b> - Pediátrica <b>5</b> - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<b>1</b> - Hospitalar <b>2</b> - Hospital-dia <b>3</b> - Domiciliar	<b>03</b>

## 26 - Indicação Clínica

PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL D, 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
<b>C</b> - Aguda <b>C</b> - Crônica	<b>01</b> - Anos <b>M</b> - Meses <b>D</b> - Dias	<b>0</b> - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <b>1</b> - Trânsito <b>2</b> - Outros
30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)
<b>M19.9</b>		
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	01	
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	01		
2		ACETABULO SEM CIMENTO EM MALHA DE TITANIO	01		
3		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	01		
4		CABEÇA CERAMICA 32	01		
5		HASTE FEMORAL CIMENTADA	01		
6		CIMENTOS ORTOPEDICOS	02		
7		KIT DE CIMENTAÇÃO	01		
8		OPSITE	02		
9		KIT DE LAVAGEM PULSÁTIL DESCARTÁVEL	01		

## 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

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