



HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE
Desde 1967

Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Registro ANS 326755	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
10 - Nome completo		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF FABIANO VILAS BOAS	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES		
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

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

26 - Indicação Clínica 1 IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
30 - CID Principal M19.9	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- _____	_____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	3.07.38.04-0	TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR	_____	_____	_____
2- _____	3.07.31.06-2	SINOVECTOMIA PARCIAL	_____	_____	_____
3- _____	3.07.38.05-9	SUTURA LABRUM	_____	_____	_____
4- _____	6.00.24.16-0	TAXA DE VÍDEO	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____	_____

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias BOMBA DE INFUSÃO	47 - Tipo de Intervenção/moderação autorizada	50 - Código CNES
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado 2 ANCORAS COM FIO APROPRIADAS PARA QUADRIL CABO DA CHAVE DE INSERÇÃO LONGO 26 CM 1 OPSITE (STERIL DRAPE)		_____

51 - Observações 1 EQUIPO 10K 1 LÂMINA SHAVER PARTES MOLES 1 LÂMINA SHAVER PARTES ÓSSEAS 1 KIT CANULA	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante de Quadri 23.03.23 Dr. Tomás Seibel Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 36.495 / TEOT 14.883	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--

Paciente: **FABIANO VILAS BOAS**
Data do nascimento: 26/01/1980
Data do exame: 04/08/2023

RADIOGRAFIA DA BACIA

Análise:

Coxa profunda bilateral.

Tetos acetabulares proeminentes.

Leve retificação na transição cabeça / colo femoral na porção póstero-superior bilateral.

Espaços articulares preservados.

Articulações sacro-iliacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR