

# 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		8 - Plano	9 - Validade da Carteira ____/____/____
7 - Número da Carteira ____			

10 - Nome <b>MARCOS JOSE TARASIEWICH</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____
---	---

Dados do Contratado Solicitante		14 - Código CNES
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado	
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		21 - Nome do Prestador HOSPITAL <i>Hel</i>
20 - Código na Operadora / CNPJ ____		
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3	

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		29 - Indicação de Acidente
27 - Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> C - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> M - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____
	33 - CID 10 (4) ____	

Procedimentos Solicitados		37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição
1- <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8		ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL
2- <input type="checkbox"/>		
3- <input type="checkbox"/>		
4- <input type="checkbox"/>		
5- <input type="checkbox"/>		

OPM Solicitados		42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM		
1- <input type="checkbox"/>		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
2- <input type="checkbox"/>		ACETABULO SEM CIMENTO EM MALHA DE TITÂNIO	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
3- <input type="checkbox"/>		LINER POLIETILENO CROSSLINKED	<input checked="" type="checkbox"/> 1	
4- <input type="checkbox"/>		CABEÇA CERAMICA 32	<input checked="" type="checkbox"/> 1	
5- <input type="checkbox"/>		HASTE FEMORAL CIMENTADA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	
6- <input type="checkbox"/>		CIMENTOS ORTOPEDICOS	<input checked="" type="checkbox"/> 2	
7- <input type="checkbox"/>		KIT DE CIMENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 1	
8- <input type="checkbox"/>		OPSITE	<input checked="" type="checkbox"/> 2	
9- <input type="checkbox"/>		KIT DE LAVAGEM PULSATIL DESCARTÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> 1	

Dados da Autoriza		46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____			
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