

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO 2.º Nº **123456789012**

93482144

1. Registro ANS 2. Data de Solicitação 3. Bateria (quando se aplicar) 4. Data Válida da Bateria 5. Data de Emissão do Guia

6. Número do Contrato 7. Validade da Carteira 8. Número do Contrato Nacional de Saúde

9. Assunto: **Assunto: terezinha Conte Martins**

10. Nome do Contratado na Operadora 11. Nome do Contratado 12. Nome do Contratado Solicitante

13. Nome do Profissional Solicitante **DR. GUILHERME RUBINI ISOLANI** 14. Conselho Profissional **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** 15. Número no Conselho **CRM-PR 31466** 16. UF **PR** 17. Código CBO 9

18. Nome do Contratado Solicitado (Setor de Internação) 19. Nome do Hospital/Clinica **UNORTE** 20. Data exigida por Internação

21. Tipo de Internação **E** 22. Tipo de Internação **2** 23. Regime de Internação **1** 24. Data, Ocorrência Solicitada **02**

25. Indicação Clínica **COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE**

26. Tipo Doença **C** 27. Tempo de Doença Referida pelo Paciente **1** 28. Indicação de Acidente **1**

29. CID 10 Principal **M16.9** 30. CID 10 Secundária **R52.9** 31. CID 10 Tercária **02** 32. CID 10 Quarta **02**

33. Descrição **ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO**

34. Descrição **PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA: ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO CABECA FEMORAL CERAMICA 02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL**

35. Data Provisória de Admissão Hospitalar **22/12/24** 36. Data, Ocorrência Autorizada **02** 37. Tipo de Autorização Autorizada **02**

38. Código / Registro do Contratado na Operadora 39. Nome da Unidade de Internação Autorizada 40. Código CBO 9

41. Observação

42. Assinatura do Médico Solicitante **DR. GUILHERME RUBINI ISOLANI** 43. Assinatura do Beneficiário ou Responsável **Assunto: terezinha Conte Martins** 44. Assinatura do Responsável pela Autorização