

0151 00000 303 20017

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº 123456789012

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Data da Solicitação _/_/___/___ | 4 - Senha (quando se aplica) _/_/___/___ | 5 - Data Validade da Senha _/_/___/___ | 6 - Data de Emissão da Guia _/_/___/___ |
| Dados do Beneficiário | | 8 - Validade da Carteira _/_/___/___ | | |
| 7 - Número da Carteira _/_/___/___ | | 10 - Número do Cartão Nacional de Saúde _/_/___/___ | | |
| 9 - Nome Valdenei Martins de Melo | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | 12 - Nome do Contratado | | |
| 11 - Código do Contratado na Operadora _/_/___/___ | | 12 - Nome do Contratado | | |
| 13 - Nome do Profissional Solicitante DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGIA DO QUADRIL CRM-PR 31666 | | 14 - Conselho Profissional | 15 - Número no Conselho | 16 - UF |
| 17 - Código CBO S | | 19 - Nome do Hospital/Clinica União | | |
| 20 - Data sugerida p/ internação _/_/___/___ | | 21 - Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência | | |
| 22 - Tipo de Internação 2 - 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica | | 23 - Regime de Internação 1 - 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | | |
| 24 - Qtd. Diárias Solicitadas 02 | | 25 - Indicação Clínica | | |

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE

Hipóteses Diagnósticas

| | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26 - Tipo Doença C - A - Aguda C - Crônica | 27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _/_ - _/_ A - Anos M - Meses D - Dias | 28 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros 9 - Não se aplica |
| 29 - CID 10 Principal M16.9 | 30 - CID 10 (2) R52.9 | 31 - CID 10 (3) _/_/___/___ |
| 32 - CID 10 (4) _/_/___/___ | | |

Procedimentos Solicitados

| 33 - Tabela | 34 - Código do Procedimento | 35 - Descrição | 36 - Qtd. Solic | 37 - Qtd. Aut |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| 1 - | 307240518 | ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO | | |
| 2 - | | | | |
| 3 - | | | | |
| 4 - | | PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA CERA-CERA: | | |
| 5 - | | ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR | | |
| 6 - | | LINER ACETABULAR CERAMICA | | |
| 7 - | | HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO | | |
| 8 - | | CABECA FEMORAL CERAMICA | | |
| | | 02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEÁVEL DESCARTÁVEL | | |
| | | lavado pulextil. | | |

Dados da Autorização

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 38 - Data Provável da Admissão Hospitalar _/_/___/___ | 39 - Qtd. Diárias Autorizadas _/_ | 40 - Tipo da Acomodação Autorizada _/_ |
| 41 - Código / Registro do Contratado na Operadora _/_/___/___ | 42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada | 43 - Código CNES |
| 44 - Observação | | |
| 45 - Assinatura do Médico Solicitante DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGIA DO QUADRIL CRM-PR 31666 | | |
| 46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | |
| 47 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | |