



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data da Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

KELI JULIANE DA CONCEIÇÃO

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

HEL

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

DOR INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.

28 - Indicação: paciente com limitação de amplitude de movimento,

C

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)

LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED

PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA

ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DE TITÂNIO

FEMUR CIMENTADO

CABEÇA CERÂMICA 32 MM

2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO

2 OPSITES

2 PARAFUSOS ACETABULARES

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Observação: PACIENTE ATIVO QUE NECESSITA REALIZAR PRÓTESE DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES. LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

Keli Juliane da Conceição