



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário 7 - Nome da Carteira RIKELY KEIKO HIRATA		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho
		17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ E		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 2	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de internação 5	25 - Qtde. diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE QUADRIL COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL. C			
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)
		32 - CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 3.07.24.05-8 ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)			
34 - Tabela 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-	35 - Código do Procedimento 3.07.31.12-7	36 - Descrição TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS LINER DE CERÂMICA 2 PARAFUSOS ACETABULARES PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA ACETABULO SEM CIMENTO FEMUR NÃO CIMENTADO CABEÇA CERÂMICA 32 4 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	
37 - Qtde. Solic.		38 - Qtde. Aut.	
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/10/2023		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
		44 - Código CNES	
45 - Observação PACIENTE ATIVO, QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE IMPORTADA DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.			
46 - Data da Solicitação 15/10/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Tomás Seibel Ortopedia e Traumatologia Cirurgião de Quadril CRM / PR 36.495 / TEOT 14.883	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	