

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

123456789012

SANGPARZ

|                  |                         |                              |                            |                             |
|------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 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

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 7 - Número da Carteira      | 8 - Validade da Carteira                |
| 12 20 30 600                |   |
| 9 - Nome                    | 10 - Número do Cartão Nacional de Saúde |
| YAMAR Roque Moreira Machado |   |

## Dados do Contratado Solicitante

|   |                            |                         |         |                   |
|---|----------------------------|-------------------------|---------|-------------------|
| 11 - Código do Contratado na Operadora                                    | 12 - Nome do Contratado    |                         |         |                   |
|   |                            |                         |         |                   |
| 13 - Nome do Profissional Solicitante                                     | 14 - Conselho Profissional | 15 - Número no Conselho | 16 - UF | 17 - Código CBO S |
| DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>CRM-PR 31566 |                            |                         |         |                   |

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| 18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora  | 19 - Nome do Hospital/Clinica  | 20 - Data sugerida p/ internação |
|  | União  |                                  |
| 21 - Caráter da Internação   | 22 - Tipo de Internação  |                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência                                     | <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 |                                  |
| 23 - Regime de Internação  | 24 - Qtde. Diárias Solicitadas   |                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar | <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2   |                                  |

## 25 - Indicação Clínica

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRACTARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITACAO FUNCAO DO PACIENTE

Lado Direito

## Hipóteses Diagnósticas

|  |  |  |                 |
|--|--|--|-----------------|
| 26 - Tipo Doença   | 27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente  | 28 - Indicação de Acidente   |                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | <input type="checkbox"/> A - 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 <input type="checkbox"/> 9 - Não se aplica |                 |
| 29 - CID 10 Principal  | 30 - CID 10 (2)  | 31 - CID 10 (3)  | 32 - CID 10 (4) |
| M 1 6 . 9  | R 5 2 . 9  |  |                 |

## Procedimentos Solicitados

|             |                             |   |                    |                |
|-------------|-----------------------------|---|--------------------|----------------|
| 33 - Tabela | 34 - Código do Procedimento | 35 - Descrição  | 36 - Qtde. Solicit | 37 - Qtde. Aut |
| 1 -         | 3 0 7 2 4 0 5 - 8           | ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TECNICA OU VERSAO |                    |                |
| 2 -         |                             |   |                    |                |
| 3 -         |                             |   |                    |                |
| 4 -         |                             | PROTESE TOTAL DE QUADRIL NAO CIMENTADA CERA-CERA:         |                    |                |
| 5 -         |                             | ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR           |                    |                |
| 6 -         |                             | LINER ACETABULAR CERAMICA                                 |                    |                |
| 7 -         |                             | HASTE FEMUR NAO CIMENTADO                                 |                    |                |
| 8 -         |                             | CABECA FEMORAL CERAMICA                                   |                    |                |
|             |                             | 02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL               |                    |                |

## Dados da Autorização

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| 38 - Data Provável da Admissão Hospitalar         | 39 - Qtde. 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 | 46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 47 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|                                       |  |   |

DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 31566