

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N°

1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização		4 - Senha		5 - Data Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário				8 - Plano		9 - Validade da Carteira			
7 - Número da Carteira						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
10 - Nome ANA BEATRIZ BELINI FAGAN									
Dados do Contratado Solicitante				13 - Nome do Contratado				14 - Código CNES	
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				16 - Conselho Profissional CRM				17 - Número no Conselho 18.000	
15 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI				18 - UF PR		19 - Código CBO 8			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				21 - Nome do Prestador					
20 - Código na Operadora / CNPJ				HOSPITAL					
22 - Caráter da Internação				23 - Tipo de Internação					
[E] E - Eletiva U - Urgência/Emergência				[2] 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica					
24 - Regime de Internação				25 - Qtde. Diárias Solicitadas					
[1] 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				[0] [1] [] [] [] [] [] [] [] []					
26 - Indicação Clínica									
PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente				29 - Indicação de Acidente			
[C] A - Aguda C - Crônica		[0] [1] [] [] [] [] A - Anos M - Meses D - Dias				[] 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)		37 - Qtde. Solic 38 - Qtde. Aut	
[M] [1] [9] [9] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[0] [1] [] [] [] [] [] [] [] []	
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição					
1 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL					
2 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[3] [0] [7] [3] [8] [0] [4] [0] [] []		TRATAMENTO DO IMPACTO FEMOROACETABULAR					
3 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[3] [0] [7] [3] [8] [0] [5] [9] [] []		SUTURA DO LABRUM					
4 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
5 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
1 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		TAXA DE VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL		[0] [1] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
2 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		BOMBA DE INFUSÃO		[0] [1] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
3 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		ANCORAS ABSORVIVEL PARA QUADRIL		[0] [2] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
4 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		OPSITE (STERIL DRAPE)		[1] [1] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
5 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[1] [0] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
6 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		SHAVER PARTES MOLES PARA QUADRIL		[1] [1] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
7 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		SHAVER PARTES OSSEAS PARA QUADRIL		[1] [1] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
8 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		PONTEIRA DE RADIO FREQUENCIA BIPOLAR		[1] [1] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Dados da Autorização				46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo de Acomodação Autorizada		80 - Código CNES	
45 - Data Provação da Admissão Hospitalar				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
48 - Código na Operadora / CNPJ				49 - Nome do Prestador Autorizado				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
51 - Observação									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante				53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

Dr. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000