

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

1 - Registro AVE	2 - Data de Autorização	3 - Sexo	4 - Data Vencimento da Guia	5 - Data de Entrada da Guia
6 - Nome do Beneficiário		7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
10 - Nome <b>MARCELO COUTO DE AGUIAR</b>			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado		14 - Código CNEB
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>WALTER TAKI</b>		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 18.000	18 - UF PR

19 - Nome do Contratado Solicitante		20 - Nome do Prestador		
21 - Código na Operadora / CNPJ		HOSPITAL		
22 - Caracter de Internação [ ] E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação [2] 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica			
24 - Regime de Internação [1] 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas [0] 3			

26 - Indicação Clínica  
PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.

27 - Tipo Doença [C] A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente [0] 1 - M - A-Anos M-Meses D-Dias	29 - Indicação de Acidente [ ] 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal [M] 1 9 9	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic 38 - Qtde. Aut
1	[3] 0 7 1 2 4 0 5 8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	[0] 1
2			
3			
4			
5			

40 - Tabela	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1	PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA	[0] 1		
2	ACETABULO SEM CIMENTO	[0] 1		
3	LINER POLIETILENO CROSSLINKED	[1] 1		
4	CABEÇA CERAMICA 32	[1] 1		
5	HASTE FEMORA CIMENTADA	[1] 1		
6	CIMENTOS ORTOPEDICOS	[1] 2		
7	KIT DE CIMENTAÇÃO	[1] 1		
8	OPSITE	[1] 2		
9	KIT LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL	[1] 1		

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar		46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ		49 - Nome do Prestador Autorizado	
50 - Código CNEB			

51 - Observação		
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <i>Walter Taki</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18077	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização