

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº 123456789012

90625493

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 0050000003035.8612	8 - Validade da Carteira _/_/__/__
--	---------------------------------------

9 - Nome

KANERIKO TOTU SUNE

10 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

11 - Código do Contratado na Operadora _ _ _ _ _	12 - Nome do Contratado União			
13 - Nome do Profissional Solicitante	14 - Conselho Profissional	15 - Número no Conselho	16 - UF	17 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora _ _ _ _ _	19 - Nome do Hospital/Clinica União	20 - Data sugerida p/ internação _/_/__/__
--	--	---

21 - Caráter da Internação

☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

22 - Tipo de Internação

☒ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica

23 - Regime de Internação

☒ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar

24 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

25 - Indicação Clínica

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE

Hipóteses Diagnósticas

26 - Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ _ - _ _ A - Anos M - Meses D - Dias	28 - Indicação de Acidente <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 M16.9	30 - CID 10 (2) R52.9	31 - CID 10 (3) _ _ _	32 - CID 10 (4) _ _ _

Procedimentos Solicitados

33 - Tabela 1- 13 0 1 7 2 4 0 1 5 1 - 18	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO	36 - Qtde. Solicit	37 - Qtde. Aut
2- _		PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA:		
3- _		ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR		
4- _		LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED		
5- _		HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO		
6- _		CABECA FEMORAL CERÂMICA		
7- _		02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEÁVEL DESCARTÁVEL		
8- _				

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

DR. GUILHERME ROBERTO ANJ
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 10.112

46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

47 - Assinatura do Responsável pela Autorização

3329-0285
99671-0915