

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº  
93653149

1 - Centro ANS	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
7 - Número da Carteira		8 - Plano	9 - Validade da Carteira	
09-50000012043576				
10 - Nome REGINA CELIA LACERDA DE OLIVEIRA			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado		14 - Código CN
15 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 18.000	18 - UF PR
19 - Código CB				
20 - Código na Operadora / CNPJ		21 - Nome do Prestador HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA		
22 - Caracter da Internação [ ] E - Eletiva [ ] U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação [ ] 1 - Clínica [ ] 2 - Cirúrgica [ ] 3 - Obstétrica [ ] 4 - Pediátrica [ ] 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação [ ] 1 - Hospitalar [ ] 2 - Hospital-dia [ ] 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas [ ] 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ] 8 [ ] 9 [ ]		
26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.				
Hipóteses Diagnósticas				
27 - Tipo Doença [ ] C - Aguda [ ] C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente [ ] 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ] 8 [ ] 9 [ ]		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)
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição
1- [ ]		[ ] 3 [ ] 0 [ ] 7 [ ] 2 [ ] 4 [ ] 0 [ ] 5 [ ] 8 [ ]		ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL
2- [ ]				
3- [ ]				
4- [ ]				
5- [ ]				
OPM Solicitadas				
40 - Tabela		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.
1- [ ]		PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA		[ ] 0 [ ] 1 [ ]
2- [ ]		ACETABULO SEM CIMENTO		[ ] 0 [ ] 1 [ ]
3- [ ]		LINER POLIETILENO CROSSLINKED		[ ] 1 [ ]
4- [ ]		CABEÇA CERAMICA 32		[ ] 1 [ ]
5- [ ]		HASTE FEMORA CIMENTADA		[ ] 1 [ ]
6- [ ]		CIMENTOS ORTOPEDICOS		[ ] 1 [ ] 2 [ ]
7- [ ]		KIT DE CIMENTAÇÃO		[ ] 1 [ ] 1 [ ]
8- [ ]		OPSITE		[ ] 1 [ ] 2 [ ]
9- [ ]		KIT LAVAGEM PULSATIL DESCARTAVEL		[ ] 1 [ ]
Dados da Autoriza				
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar		46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo da Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ		49 - Nome do Prestador Autorizado		50 - Código CNES
51 - Observação				
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Water Taki Ortopedia e Traumatologia CRM 18000		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização