

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

___/___/___

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

___/___/___

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0 9 7 5 0 0 0 0 0 1 5 0 3 0 0 5 1

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Gilson Aparecido Sales

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

Unimed

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

0 1

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Se fratura ligamentar de tornozelo E
com fratura de Sandoval, lesão contusa externa e
profunda

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S954

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M10

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- []	3072716-2	Osteotomia de Lema	01	___
02- []	307228150	cor Acromioclavicular ligament	01	___
03- []	3073202-6	operação cartilagem / onca	01	___
04- []		Curvatura canal do 3,5	02	___
05- []		Kit Moscovoplastia	01	___
06- []		âncora mantida	02	___
07- []		2 up T up	01	___
08- []			___	___
09- []			___	___
10- []			___	___
11- []			___	___
12- []			___	___

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

___/___/___

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

___/___/___

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Cesar Eduardo C. F. Martins
Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

x Gilson Ap Sales

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
