



1 - Registro ANS 135511511		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2420473	
4 - Data da Autorização 10/9/10/8/12/02/31		5 - Senha 2023349044	
6 - Data de Validade da Senha 21/10/9/12/02/31			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 1022057031		8 - Validade da Carteira N	
9 - Atendimento a RN N			
10 - Nome SIMONE CONSOLARI BORGES		11 - Cartão Nacional de Saúde 700501746786558	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora 41058		13 - Nome do Contratado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE	
14 - Nome do Profissional Solicitante JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO		15 - Conselho Profissional 106	
16 - Número no Conselho 23237		17 - UF PR	
18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ 41058		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE	
21 - Data sugerida para internação 11/2/10/8/12/02/31			
22 - Caráter do Atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2	
24 - Regime de Internação 2		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	
26 - Previsão de uso de OPME N		27 - Previsão de uso de quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO			
29 - CID 10 Principal (Opcional)		30 - CID 10 (2) (Opcional)	
31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		9	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
1 - 122	1307110030	Retirada de placas	11
2 - 118	1600001155	DIÁRIA COMPACTA DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO	11
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7 -			
8 -			
9 -			
10 -			
11 -			
12 -			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
1		1	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada		13	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
41058		CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE	
44 - Código CNES		6528104	
45 - Observação / Justificativa 30710030 - ok,60000155 - ok			
46 - Data da Solicitação 10/9/10/8/12/02/31		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	





# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

179489

1 - Registro ANS <b>355151</b>	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	---	-------------------	--	---

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>0.22057031</b>	8 - Plano <b>PROSAÚDE</b>	9 - Validade da Carteira ____/____/____
---	------------------------------	--

10 - Nome <b>Simone Corrotoni Borges</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____
---	---

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado <b>União</b>	14 - Código CNES ____		
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>José Everaldo Pedrollo Fr</b>	16 - Conselho Profissional <b>23237</b>	17 - Número no Conselho <b>CIRM</b>	18 - UF <b>PR</b>	19 - Código CBO S ____

**Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação**

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
---	--------------------------------

22 - Caráter da Internação <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <b>2</b> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
--	--

24 - Regime de Internação <b>1</b> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>
--	---

26 - Indicação Clínica <b>Do tórax de fratura de tornozelo @ Desenvolto com a placa</b>
--

**Hipóteses Diagnósticas**

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal <b>S82</b>	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____

**Procedimentos Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1- <input type="checkbox"/>	<b>30710.03-0</b>	<b>Retirada de placa</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OPM Solicitados**

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	____	____
2- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	____	____
3- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	____	____
4- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	____	____
5- <input type="checkbox"/>	____	____	<input type="checkbox"/>	____	____

**Dados da Autorização**

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 <b>José Everaldo P. Filho</b> Ortopedista CRM-PR 23.237	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____
---	---	--

# Prorrogações

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde.	65 - Qtde. Aut	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde.	65 - Qtde. Aut	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde.	65 - Qtde. Aut	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>