

17h



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

*enopia*

*enf a*

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>0005000035891389</b>		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome <b>Leonardo Tanabe</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>Hospital do Coração - Páris Leme</b>	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Maurício Miyasaki</b>		15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho
17 - UF		18 - C	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
21 - Data sugerida para intern			
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Q		

28 - Indicação Clínica

*trauma no fêmur direito  
ressonância mostra lesão do tendão  
isquêmico*

29 - CID10 Principal (opcional)	30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)	32 - CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38
1- <input type="checkbox"/>	<b>301731-08P</b>	<i>funeral - 03 funerais - 03 funerais</i>	<b>03</b>
2- <input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>	<b>301731-10</b>	<i>transporte funeral</i>	<b>03</b>
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>	<b>301731-16-0</b>	<i>funerária de 3 funerais</i>	<b>03</b>
8- <input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - C			

45 - Observação

*URGENTE! material: 03 âncoras absortivas*

**Dr. Mauricio R. Miyasaki**  
CRM 24650

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela
	<i>Dr. Mauricio R. Miyasaki</i> CRM 24650		