

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 31.292-4	3 - Data da Autorização _/_/____	4 - Senha _ _ _ _	5 - Data Validade da Senha _/_/____	6 - Data de Emissão da Guia _/_/____
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 03003972670002-27	8 - Plano Saúde CAIXA	9 - Validade da Carteira 10/02/2019		
10 - Nome SONIA MARLY FORLAN ROSCOCHE			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _	
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _	13 - Nome do Contratado Dr. Alexandre de Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM 17905		14 - Código CNES _ _ _ _ _	
15 - Nome do Profissional Solicitante _ _ _ _ _	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 17 905	18 - UF _	19 - Código CBO S _ _ _ _
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
20 - Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _	21 - Nome do Prestador _ _ _ _ _			
22 - Caráter 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 01			
26 - Indicação Clínica por incapacidade funcional s. membro y pto. clin				
Hipóteses Diagnósticas				
27 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias		29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal M232	31 - CID 10 (2) _ _ _ _	32 - CID 10 (3) _ _ _ _	33 - CID 10 (4) _ _ _ _	
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela 1- 3073 3065 2- 3073 3049 3- 4- 5-	35 - Código do Procedimento 3073 3065 3073 3049			36 - Descrição VINGO p/ membro VINGO p/ Ombro condra TX VINGO Linha shaver p/ niter
37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut _ _ _ _				
OPM Solicitados				
39 - Tabela 1- 2- 3- 4- 5-	40 - Código do OPM _ _ _ _	41 - Descrição OPM Atelup fixo frenu	42 - Qtde. _ _	43 - Fabricante _ _
44 - Valor Unitário R\$ _ _ _ _				
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 Dr. Alexandre de Queiroz CRM 17905		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/____		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/____