



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89944972**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89944972</b>			
4 - Data da Autorização <b>25/01/2023 09:22</b>		5 - Senha <b>89944972</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>26/03/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000014316431</b>		8 - Validade da Carteira <b>31/07/2024</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>LUCAS DE SOUZA QUEIROGA</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>700603499774967</b>	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>		13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>17905</b>
			17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>		23 - Tipo de Internação <b>2</b>		24 - Regime de internação <b>1</b>	
		25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>0</b>		26 - Previsão de uso de OPME	
				27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
29-CID10 Principal (opcional)					
30-CID10(2) (opcional)					
31-CID10(3) (opcional)					
32-CID10(4) (opcional)					
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- <b>22</b>		35 - Código do Procedimento <b>30731216</b>		36 - Descrição <b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	
2- <input type="text"/>		<input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. <b>1</b>	
3- <input type="text"/>		<input type="text"/>		38 - Qtde. Aut. <b>1</b>	
4- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
5- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
6- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
7- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
8- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
9- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
10- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
11- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
12- <input type="text"/>		<input type="text"/>			
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>0</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: LUCAS DE SOUZA QUEIROGA					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

89944972

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação <b>89930286</b>	4 - Data da Autorização <b>25/01/2023 09:22</b>
5 - Senha <b>89944972</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89944972</b>	
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000014316431</b>	8 - Nome <b>LUCAS DE SOUZA QUEIROGA</b>	
Dados do Contratado Solicitante		
9 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	10 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	
11 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	12 - Conselho Profissional <b>06</b>	13 - Número do Conselho <b>17905</b>
	14 - UF <b>41</b>	15 - Código CBO <b>225270</b>
Dados da Internação		
16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas <b>0</b>	17 - Tipo da acomodação solicitada <b>1</b>	
18 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados		
19 - Tabela 1- <b>22</b>	20 - Código do Procedimento <b>30731216</b>	21 - Descrição <b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut <b>1 1</b>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dados da autorização		
24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas <b>0</b>	25 - Tipo da Acomodação Autorizada <b>1</b>	
26 - Justificativa da operadora		
27 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: LUCAS DE SOUZA QUEIROGA		
28 - Data da Solicitação <input type="text"/>	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização