

Fuze BRADERCO

984 888022

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2- Nº

123456789012

1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Plano		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado		14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF
19 - Código CBO S				
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Informação				
20 - Código na Operadora / CNPJ		21 - Nome do Prestador		
22 - Caracter da Internação		23 - Tipo de Internação		
<input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas		
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				
26 - Indicação Clínica				
Ruptura do MR ombro d. n.				
Hipóteses Diagnósticas				
27 - Tipo Doença		28 - Tempo de Doença Relatada pelo Paciente		29 - Indicação de Acidente
<input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		6 M		<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
M75.1				
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut	
1-	30735068	Sutura do MR	4	
2-	30735033	Artroroscopia	4	
3-	30735092	Geniostomia do tipo 1A	4	
4-	30735084	Reconstrução lateral do clavículo	1	
5-				
OPM Solicitados				
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
Dados da Autorização				
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar		46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo de Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ		49 - Nome do Prestador Autorizado		
50 - Código CNES				
51 - Observação				
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Fernando T. Cinagava  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 19896

by