



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	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 0147000002174161	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N	Enfermaria
---	--------------------------	-----------------------------------	-------------------

10 - Nome Social

10 - Nome Lucineia Mariano da Silva Franchin
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 28281	17 - UF PR	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Unioeste	21 - Data sugerida para internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caracter do Atendimento Cirurgia	23 - Tipo de Internação Oletivo	24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPM S	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
---	---	---------------------------	---	---	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica Paciente c/ lesão de menisco medial e lateral associada a lesão condral em joelho esquerdo. Encaminha p/ tratamento cirurgico por videoscopia.

29 - CID 10 Principal (opcional) M23.2	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)
--	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	1301313101615	Reparo de um menisco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	1301313101419	Osteocondroplastia	<input checked="" 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"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	1601012411511	Taca de video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	10151910101415	Lamina de shaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	1011121617100	Radiofrequencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 29/06/23	40 - Qtd Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
--	------------------------------	------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
--	--	------------------

45 - Observação / Justificativa Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360 Material Artuum
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---