

**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia no Prestador

(email)

1 - Registro ANS  
350141

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento de RN

10 - Nome  
Julia Barbosa da Silva

11 - Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante  
Lucas Borghi

15 - Conselho Profissional  
CRM

16 - Número no Conselho  
26921

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  
Evangelho Londrina

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento  
Eletivo

23 - Tipo de Internação  
Curta

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas  
02

26 - Previsão de uso de OPME  
Sim

27 - Previsão de uso de quimioterápico

**28 - Indicação Clínica**

Paciente com entorpecimento do membro direito e lesão de ligamento cruzado anterior menisco e também no cartilagem do fêmur.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	30733005	Dep. do sul membro	01	
02	30733005	Rec de fôsea	01	
03	30733004	Osteocondropatia	01	
04		Tx de vídeo	01	
05	30733230	Terapia manual de membros	01	
06				
07				
08		Parafuso intertr. Bionet. Bionet	02	
09		Ampliação de fôsea	01	
10		Radiofrequência	01	
11		Capa de vídeo	01	
12		Equipo de Sono 4 dias	01	

**Dados da Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa  
Solicito Parafuso Bionet. Arteriom

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante  
Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização