



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° | | | | | | | | | |

1 - Registro ANS 326755	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
------------------------	-----------	--------------------------

10 - Nome completo	ALIANY ESTEVANI DE LIMA	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 Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
---------------------------------------	------------------------

22 - Caráter da Internação E 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	113
---	--------------------------------------	-----

ENTORSE JOELHO DIREITO COM
LESÃO DO LCA. PIVOT EXPLOSIVO

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
--	---	---

30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)	
--------------------	--------------	--------------	--------------	--

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1-	30733073	LCA		
2-	30731119	EMERGO TENDAO		
3-	30726190	RECONSTRUÇAO DO LAL		
4-	30738219	EMERGO TENDAO		
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		17 AXA VIDEO			
2-		1 SHAN			
3-		1 ADIOPRIMER			
4-		1 PARTISO INTERFERENCIA	1	BIOABSORVIVEL	
5-		1 PLACA ENDOTON			

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada
---	--------------------------------	------------------------------------

48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
---------------------------------------	-----------------------------------	------------------

51 - Observações

<p>52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p>____/____/____</p> <p><i>Dr. Paulo F. Guerres</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617</p>	<p>53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>____/____/____</p>	<p>54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p>____/____/____</p>
---	--	---