

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

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 Roberto Angelo de Almeida		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borges		15 - Conselho Profissional	
16 - Número no Conselho		17 - UF	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dado Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Ganguliers Bonafina	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente com Osteoporose degenerativa no compartimento femorotibial, mais com condroplasia patelar, lesões dignas com curvatura articular.			
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
01	30733103	Rec e reteste de Petas	01
02	30733049	Osteosinargos	01
03		Tip de walo	
04			
05		Exame de Petas	01
06		radiopne. de walo	01
07		Exame de walo	01
08		Exame de walo	01
09		Exame de walo	01
10			
11			
12			
Dados da Autorização			
33 - Data Provável da Admissão Hospitalar 18/09/2023		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 maternal Bethany			
46 - Data da Solicitação 21/07/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borges CRM PR 26.921	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	