



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 April

Dados do Beneficiário
7 - Número da Carteira 0975.9005005000028
8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento de RN

10 - Nome Angela de Carria Marques Sabbatini

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 - Caráter do Atendimento Cirúrgico
23 - Tipo de Internação Eletivo
24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1
26 - Previsão de uso de OPME S
27 - Previsão de uso de Quimioterápicos

28 - Indicação Clínica
Paciente refere dor em joelho esquerdo, dor importante com piora ao subir e descer escadas. Evoluiu a Ruptura do menisco medial e/ "Flap" meniscal e se trata osteocentral. Encaminhado a tratamento cirúrgico por videarthroscopia.

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			37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	207133065	Reparo de um menisco	01	
2- <input type="checkbox"/>		Osteocentroplastia	01	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>	60024154	Taxa de video	01	
8- <input type="checkbox"/>		Lamina de shaver	01	
9- <input type="checkbox"/>	00116700	Radiofrequência		
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização
39 - Data provável da Admissão hospitalar 08/08/24
40 - Qtde Diárias Autorizadas
41 - Tipo de Acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

45 - Observação / Justificativa
Dr. Alexandre R. Provenza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28281-PR - TEOT 12360

material
Hifenom

46 - Data da Solicitação
47 - Assinatura do Profissional Solicitante
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Representante pelo Autorizador