

Guia de Solicitação de Internação

BB SEGUROS
Brasilsaúde
Companhia de Seguros

SulAmérica

associada ao **ING**

2-Nº

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

Dados do Beneficiário		8-Plano	9-Validade da Carteira
7-Número da Carteira			

10-Nome	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
Luiz Gustavo Dalla Costa	

Dados do Contratado Solicitante		13-Nome do Contratado	14-Código CNES
12-Código na Operadora / CNPJ / CPF		Alberton	

15-Nome do Profissional Solicitante	16-Conselho Profissional	17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBOS
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------	-------	----------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação	
20-Código na Operadora / CNPJ	21-Nome do Prestador

22-Caráter da Internação	23-Tipo de Internação
E - Eletiva U - Urgência / Emergência	1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica

24-Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar	10/11

26-Indicação Clínica
Lesão meniscal joelho dir.

Hipóteses Diagnósticas	
27-Tipo Doença	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente
A - Aguda C - Crônica	A-Anos M-Meses D-Dias

29-Indicação de Acidente
0-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outro

30-CID 10 Principal	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)	33-CID 10 (4)
---------------------	---------------	---------------	---------------

Procedimentos Realizados				37-Qtde. Solic	38-Qtde. Aut
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição			
1	307.33.06-5	videoarthroscopia joelho ds			
2					
3					
4					
5					

OPM Solicitados				42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário - R\$
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM				
1		Sutura	01			
2		Radiofrequência	01			
3		Kit sutura	01			
4						
5						

Dados da Autorização		46-Qtde. Diárias Autorizadas	47-Tipo de Acomodação Autorizada
45-Data Provável da Admissão Hospitalar			

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

51-Observação	

52-Médico Solicitante	53-Beneficiário ou Responsável	54-Responsável pela Autorização
Data	Data	Data
02/02/23		