

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

000000000000

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000000000000</b>	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
7 - Numero da Carteira		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
50 - Nome Social <b>Dalva Francisco Abreu Lima</b>			
10 - Nome			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Lucas Borghi</b>		15 - Conselho Profissional <b>26921</b>	16 - Número do Conselho <b>CRM</b>
17 - UF		18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Exurgelius Gondrino</b>	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento <b>ambulatorial</b>	23 - Tipo de Internação <b>cirurgia</b>	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica <b>notas hospitalares não mostram nenhuma lesão de auto com Colapso Tendão do</b>			
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)
32 - CID10(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.
1- <input type="checkbox"/>	30733	Rep. Sut. musculares	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733	est. tendão do	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		de	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Gomina de fechura	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		tipo de	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		exipso de 50x4	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		no	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>15/04/2004</b>		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  <b>Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</b>  <b>instável</b>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	