



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
-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

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

10 - Nome completo Arthur C. Romão	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------------	---

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

15 - Nome do Profissional Solicitante MAGG V. BRUNO	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
--	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

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

22 - Caráter da Internação 23 - Tipo de internação


E - Eletiva U - Urgência/Emergência 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

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

26 - Indicação Clínica

Instabilidade pte femoral Fall on

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

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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1-	3083103	Reconstrução Hipocampo PT	01	
2-	30831216	Transplante de pele	01	
3-		rx de vista	01	
4-				
5-				

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		MINIMON MONTES	03		
2-					
3-					
4-		PARQUE INTER	01		
5-					

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 CNE
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------

Dr. Marcus V. Danieli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM/PR 18.734

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _____