



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
3,2,6,3,0,5

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data da Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

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 apresentando lesão em ombro direito, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirúrgico.

29 - CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

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
01- <input type="checkbox"/>	30.43.50.9.1	Lesão labral	01	
02- <input type="checkbox"/>	30.43.50.5.0	Luxação glenoumbral	01	
03- <input type="checkbox"/>	30.43.50.3.3	Acrômioclavicular	01	
04- <input type="checkbox"/>				
05- <input type="checkbox"/>		materiais:		
06- <input type="checkbox"/>		- lâmina de shaver partes molis / óssea	02	
07- <input type="checkbox"/>		- Ancoras Jumper Knot	03	
08- <input type="checkbox"/>		- Capulas artroscopia	02	
09- <input type="checkbox"/>		- ponteira de radiografia	01	
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3,2,6,3,0,5

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data da Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

085832843

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Vinicius Fabre Costa

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

D^r Rodrigo Siqueira de Medeiros

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

26535

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

Hospital de Oncologia - Bela Vista

21 - Data sugerida para Internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

2

24 - Regime de Internação

1

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

5

27 - Previsão de uso de quimioterápico

1

28 - Indicação Clínica

Paciente apresentando lesão em palmo expandido, de membranas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirúrgico.

29 - CID 10 Principal

C38.32

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

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
01- <input type="checkbox"/>	30.733.049	otoscopia	01	
02- <input type="checkbox"/>	30.733.047	exatidão de palmo	04	
03- <input type="checkbox"/>				
04- <input type="checkbox"/>				
05- <input type="checkbox"/>		material:		
06- <input type="checkbox"/>		- lençol de 100x 200 cm	01	
07- <input type="checkbox"/>		- ponteira de radioterapia	01	
08- <input type="checkbox"/>		- fio de Vishinsky	02	
09- <input type="checkbox"/>				
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

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

46 - Data da Solicitação

25/10/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

D^r Rodrigo S. Medeiros

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização