



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

___/___/___

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

___/___/___

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

ISADORA ALVES OLIVEIRA

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

UNICENTRO

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

G

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

04

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LUXAÇÃO RECIDIVANTE DAS PATELAS
COM LESÃO OSTEOCONDRAIS

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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- _____	30433103	RECONSTRUÇÃO LPM e	_____	_____
02- _____	30433103	RELEASE PATELA	_____	_____
03- _____	30433103	ENXERTO TENDÃO	_____	_____
04- _____	30433049	OSTEOCONDROPLASTIA	_____	_____
05- _____		1 TAXA VIDEO	_____	_____
06- _____			_____	_____
07- _____		1 LAMINECTOMIA	_____	_____
08- _____		1 RADIOLOGIA	_____	_____
09- _____		1 DIAGNÓSTICO VIDEOSCÓPIO	_____	_____
10- _____		2 ANCIOS SUGERNOT	_____	_____
11- _____			_____	_____
12- _____			_____	_____

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
