

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

0 940 002000 904 3491

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

EDGAR T. DEUS

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR: 28617

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

28 617

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local

UNIORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LEIA DO LEA cl LEIA como
POST. NERVO N.5 e PIVOT
EXPLOSIVO

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M235

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	30733073	LEA		
02	30731216	EXERNO TESTE		
03	30726199	LAL		
04	30731216	EXERNO TESTE		
05	30733065	LEA		
06		ITAXA VIDEO		
07		ITAXA FIM BIO		
08		ITAXA EXPLOTON		
09		ITAXA ANCIOLA SUBGNOT		
10		IMO ATUA ASSISTENCIA		
11		3 FTS SUTURA "CROSTIX"		
12		15 HAVEL		
		1 TADNO JELCO.		

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

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR: 28617

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização