



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

343269

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

0050000014566603

8 - Validade da Carteira

26/11/2024

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Sara Maria dos Anjos

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Guilherme José M. Piovesana
Ortopedia e Traumatologia

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

30165

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

UNIOESTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

U

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

Ruptura menisco medial em lig de balde
+ Osteocondroplastia Joelho

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M23.2

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	30733065	Ruptura menisco	1	
02	30733057	Osteocondroplastia	1	
03		Imagem de vídeo	1	
04				
05				
06				
07				
08				
09		Lâmina de Shavez	1	
10				
11				
12				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

09/01/2023

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

Guilherme Piovesana
Ortopedia e Traumatologia
CRM PR 30165 / SBO 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Sara Maria dos Anjos

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização