

01554



# 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

05800000000403447  
ELCIO ZANATO

8 - Validade da Carteira

23/03/2024

9 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

CRM  
15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

19475 PR

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

E

23 - Tipo de Internação

2

24 - Regime de Internação

1

2

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR e NECESSITANDO REPARO

TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M75.1

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-	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1
02-	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS		1
03-	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		1
04-		ANCORA juggerknot C/2 FIOS		1
05-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		3
06-		RADIOFREQUENCIA monopolar		2
07-		EQUIPO 4 viaS		1
08-		CANULA ARTROSCOPICA		1
09-		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA		1
10-		TAXA DE VIDEO		1
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

CRM/PR 19475 TEOT 9918

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização