



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89764761**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89764761</b>			
4 - Data da Autorização <b>09/01/2023 08:11</b>		5 - Senha <b>89764761</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>11/03/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0970000124745703</b>		8 - Validade da Carteira <b>30/06/2024</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>JESCA DE SOUZA MONTEIRO</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>		13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MARCO MAKOTO INAGAKI</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>28767</b>
			17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>20/01/2022 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica Complicação mecânica de outros dispositivos					
29-CID10 Principal (opcional)					
30-CID10(2) (opcional)					
31-CID10(3) (opcional)					
32-CID10(4) (opcional)					
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- <b>22</b> 2- <b>18</b> 3- <input type="text"/> 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento <b>30710022</b> <b>60000805</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição <b>RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O</b> <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. <b>1</b> <b>1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. <b>1</b> <b>1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 09/01/2023 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO ME DICO					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	