

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 10

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	6 - Data de Validade da Senha
4 - Data de Autorização	5 - Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Atendimento a RN
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	N
83690000	02/10/2023	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde
SANDRO MORETTI DA ROCHA		
Dados do Contratado Solicitante		
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	17 - UF
	Consultório Médico	PR
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional	18 - Código CBO
FERNANDO TAKAO CINAGAVA	6	225270
16 - Número no Conselho	19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado
19896	04.762.301/0003-75	HOSPITAL DO CORAÇÃOZINHO - UNIDADE BELA SUÍÇA
21 - Data sugerida para internação		27 - Previsão de uso de quimioterapia
02/10/2023		N
22 - Cessão do atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação
1	2	1
25 - Qtd. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	
1	S	
28 - Indicação Clínica		
RM do ombro esquerdo mostra rotura do supraespal, acrómio curvo e bursite		
29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)
M751	0	0
32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
0	9	

## Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Aut.
1 - 22	30735008	Ruptura do manguito rotador - procedimento	1	1
2 - 22	30735033	Acromioplastia - procedimento videartroscó	1	1
3 - 22	30731038	Burssectomia - tratamento cirúrgico	1	1
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

## Dados da Autorização

39 - Data Prevista da Admissão Hospitalar	40 - Qtd. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada
	0	0
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
0		
45 - Observação / Justificativa		
3 ANCORAS SOFT 2 LAMINAS DE SHAVER 1 RADIOFREQUENCIA BIPOLAR 1 CANULA ARTROSCOPICA 1 GANCHO DE SUTURA DO MR		
46 - Data de Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
02/10/2023		
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

Dr. Fernando T. Cinagava  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 19896