

Ho vou pl liberar! 11/06/24 / Nova em Bela Vista



Rua Senador Souza Naves, 1922  
Londrina - PR - CEP 86010-180  
Fone: (43) 3315-1900

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

JOSE CARLOS PIRES

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

CRM Conselho  
Profissional

16 - Número no Conselho

19475 PR

UF

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

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

E 2 1 2  
LESAO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO  
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA  
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA  
ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

M75.1

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	1
02.	30735033	ACROMIOPLASTIA	1	1
03.	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	1	1
04.	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	3	3
05.		ANCORA 5mm C/2 FIOS	2	2
06.		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	1	1
07.		RADIOFREQUENCIA monopolar	1	1
08.		EQUIPO 4 vias	1	1
09.		CANULA ARTROSCOPICA	1	1
10.		ancora em peek		
11.		TAXA DE VIDEO		
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização