



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>0044.521700058801-3</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN													
10 - Nome <b>Fuiz Fernando Cavalcante</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde													
Dados do Contratado Solicitante																	
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <b>Hospital do Coração de Londrina</b>															
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Marcos Cajueiro</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número do Conselho <b>28835</b>		17 - UF <b>RJ</b>		18 - Código CBO									
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						21 - Data sugerida para Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado				21 - Data sugerida para Internação											
22 - Caráter de 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 <b>Rotura completa do LCA + lesão complexa do menisco medial + lesão condral fêmoro-tibial</b>																	
29 - CID10 Principal (opcional) <b>S83.5</b>		30 - CID10(2) (opcional)		31 - CID10(3) (opcional)		32 - CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)									
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																	
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic.		38 - Qtde. Aut.							
1- <input type="checkbox"/>		30433013		Reconstrução LCA				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
2- <input type="checkbox"/>		30433057		Meniscectomia				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
3- <input type="checkbox"/>		30433014		Sinovectomia total				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
4- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
5- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
6- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
7- <input type="checkbox"/>				material				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
8- <input type="checkbox"/>				lamina de shaver				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
9- <input type="checkbox"/>				bolsa de bolson				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
10- <input type="checkbox"/>				parafuso interferencia titanio				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
11- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
12- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
Dados da autorização																	
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas		41 - Tipo de acomodação autorizada													
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				43 - Nome do Hospital / Local Autorizado						44 - Código CNES							
45 - Observação																	
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>												47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Marcos Cajueiro Fernandes</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>CRM 28835</b>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	