



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia 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 020107007906190916		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN											
10 - Nome Miriane Gomes Batista				11 - Cartão Nacional de Saúde											
Dados do Contratado Solicitante															
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado													
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcos Cajueiro Fernandes		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 28835		17 - UF RJ		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 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 Lesão osteocondral no tálus e tornozelo ESQ.															
29 - CID10 Principal (opcional) S92.1		30 - CID10(2) (opcional) M19.1		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 30434.045		36 - Descrição Osteocondroplastia - vides de tornozelo				37 - Qtde. Solic.		38 - Qtde. Aut.					
1- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
7- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
8- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
9- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
10- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
11- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
12- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11												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 11/11/11		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcos Cajueiro Fernandes Ortopedia e Traumatologia CRM 28835				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização							