

# Guia de Solicitação de Internação

**BB SEGUROS**  
Brasilsaúde  
Companhia de Seguros

**SulAmérica**

associada ao **ING**

2-Nº

1-Registro ANS	3-Data da Autorização	4-Senha	5-Data Validade da Senha	6-Data de Emissão da Guia
----------------	-----------------------	---------	--------------------------	---------------------------

<b>Dados do Beneficiário</b>		3-Plano	9-Validade da Carteira
7-Número da Carteira			

10-Nome	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
---------	---------------------------------------

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>		13-Nome do Contratado	14-Código CNES
12-Código na Operadora / CNPJ / CPF			

15-Nome do Profissional Solicitante	16-Conselho Profissional	17-Número do Conselho	18-UF	19-Código CBOS
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------	-------	----------------

<b>Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação</b>	
20-Código na Operadora / CNPJ	21-Nome do Prestador

22-Caráter da Internação	23-Tipo de Internação
E - Eletiva U - Urgência / Emergência	1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica

24-Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar	

26-Indicação Clínica
----------------------

<b>Hipóteses Diagnósticas</b>		29-Indicação de Acidente
27-Tipo Doença	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente	
A - Aguda C - Crônica	A-Anos M-Meses D-Dias	0-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros

30-CID 10 Principal	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)	33-CID 10 (4)
---------------------	---------------	---------------	---------------

<b>Procedimentos Realizados</b>		37-Qtde. Solicit	38-Qtde. Aut
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	
1	307134020	Sinonctomia	
2	3071101014	Retirada de Rinos	
3	3071101022	Retirada de Rinos	
4			
5			

<b>OPM Solicitados</b>		42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário - R\$
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM		
1		Serena 4.5		
2		Rota		
3		Placa Sinus		
4				
5				

<b>Dados da Autorização</b>		47-Tipo de Acomodação Autorizada
45-Data Provável da Admissão Hospitalar	46-Qtde. Diárias Autorizadas	

48-Código na Operadora / CNPJ	49-Nome do Prestador autorizado	50-Código CNES
-------------------------------	---------------------------------	----------------

51-Observação	
---------------	--

52-Médico Solicitante	53-Beneficiário ou Responsável	54-Responsável pela Autorização
Data	Data	Data
Assinatura	Assinatura	Assinatura

**Nome:** FABIANA TOMAZELI POZZOBOM  
**Idade:** 34 anos

**Data do exame:** 09/12/2022

### **RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO**

**Relatório:**

Osteossíntese de fratura da fíbula distal utilizando parafuso de tração associado a placa anatômica bloqueada fixada por três parafusos proximais e três parafusos distais e associada a dispositivo de fixação flexível da sindesmose tipo suture-button.

Osteossíntese de fratura do maléolo medial utilizando dois parafusos esponjosos canulados.

Consolidação óssea.

Bom alinhamento dos fragmentos ósseos.

Congruência articular tibiotalar preservada.



**Dr. Roberto Eifler**  
**CRM / RS 4752**