



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador 000000000000

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000							
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha enf.					
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira 08348		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN					
10 - Nome Luiz Frediani				11 - Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado							
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 28281		17 - UF PR		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 Evangelico		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de Quimioterápico			
22 - Caráter de Atendimento Cirurgico		23 - Tipo de Internação Oletivo		24 - Regime de internação		25 - Qtde. diárias Solicitadas 3		28 - Indicação Clínica Apresenta artropatia degenerativa tricompartmental em joelho direito, limitação funcional e dor intensa. encaminhado p/ tratamento cirurgico e/ retirada de material de síntese.	
29-CID10 Principal (opcional)		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 ou item assistencial		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.	
1- <input type="checkbox"/>		3107261034		Artroplastia total de joelho				01	
2- <input type="checkbox"/>		3107110122		Retirada de parafusos				02	
3- <input type="checkbox"/>									
4- <input type="checkbox"/>									
5- <input type="checkbox"/>									
6- <input type="checkbox"/>									
7- <input type="checkbox"/>									
8- <input type="checkbox"/>				Kit Prótese Total de joelho - Zimmer					
9- <input type="checkbox"/>		712397888		os cimento osso					
10- <input type="checkbox"/>				Kit de lavagem Pulse					
11- <input type="checkbox"/>									
12- <input type="checkbox"/>									
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissão hospitalar 06/09/23		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 Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 25241 TEUT 12360 Material Arthrom									
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			