



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no 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>0151000003016 1199</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN

10 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>Cláudio Dias de Oliveira</b>
--

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Alexandre Provenza</b>	15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</b>	17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>União</b>	21 - Data sugerida para Internação

22 - Caracter do Atendimento <b>cirúrgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>eletivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
--	---	---------------------------	--	--	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica <b>Paciente apresenta artrose severa de joelho esquerdo com encurtamento, limitação funcional e exostose sub-condral. Encaminhado para tratamento cirúrgico A artroplastia total de joelho <del>do</del> esquerdo.</b>
--

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)
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Artroplastia total de joelho</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
2- <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"/>
4- <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"/>
6- <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"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kit prótese total de joelho zimmer</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cimento osseo</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kit de lavagem Pulsar</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
11- <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"/>

Dados da autorização		
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>10/08/23</b>	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 - Orientação / Justificativa <b>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 12360</b>		<b>Material Artrom</b>	
--	--	------------------------	--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---