

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

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

00500000 424 27 200

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

João Refino A de F. L.

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Imorte

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marcus V. Daniel

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

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 do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

4

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

03

26 - Previsão de uso de OPME

5

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Atrofia fecal na

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M17

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 ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- 30R634	Atrofia fecal	01	
02-			
03-			
04-			
05-			
06-			
07-	cat prota total	02	
08-	reparado	02	
09-			
10-			
11-			
12-	C. meto	01	

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

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. Marcus V. Danieli

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM/PR 18.734

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização