



# 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>09750000011734496</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		

## 10 - Nome

**Ana Paula Serra Zanetti Machado**

## 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>Unorte</b>	21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento <b>Cirurgico</b>	23 - Tipo de Internação <b>Eleitivo</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia

## 28 - Indicação Clínica

Paciente com dor intensa em joelho direito, evoluiu com lesão de menisco medial e lesão osteocondral. Encaminhado p/ procedimento cirurgico por videarthroscopia.

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"/>	<b>307331065</b>	<b>Reparo de um Menisco</b>	<b>01</b>	
2- <input type="checkbox"/>	<b>30733049</b>	<b>Osteocondroplastia</b>	<b>01</b>	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	<b>60024151</b>	<b>Taxa de video</b>	<b>01</b>	
9- <input type="checkbox"/>	<b>00590043</b>	<b>Lamina de Shaver</b>	<b>01</b>	
10- <input type="checkbox"/>	<b>003116700</b>	<b>Radiofrequencia</b>	<b>01</b>	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>07/03</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 - Observação / Justificativa

<b>Dr. Alexandre Provenza</b> <b>Ortopedia/Traumatologia</b> <b>Cirurgia do Joelho</b> <b>CRM 28281 - TEOT 12360</b>				<b>Material</b> <b>Artrom</b>
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	