

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  
00.05 00000 341 7245 L

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome  
POLYANA C. FERNANDES

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

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  
UNIOESTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento  
E

23 - Tipo de Internação  
C

24 - Regime de Internação  
4

25 - Qtde. Diárias Solicitadas  
01

26 - Previsão de uso de OPME  
S

27 - Previsão de uso de quimioterápicos

28 - Indicação Clínica  
LESÃO DO MENISCO MEDIAL,  
LESÃO OSTEOCONDAL e LATERALIZAÇÃO  
DA PATELA DURA

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 ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	30.73.30.65	REPARO MENISCO		
02	30.73.30.49	OSTEOCONDROPLASTIA		
03	30.73.31.03	RELEASE LIG. PATELA		
04				
05		1 TAXA VIDEO		
06				
07		1 LAMINA SHAPER		
08				
09		2 FITS SUTURA		
10		MENISCO CROSSFIT		
11				
12				

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. João Paulo F. Guerreiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 28.672

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
+ Polyana C.F.

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização