



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS **343269** 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 **005000000-37231815** 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN

10 - Nome **Tatiany das Anelias** 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado **Hospital do Ioracão**

14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional **CRM** 16 - Número do Conselho **24650** 17 - UF **RN** 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 de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 25 - Qtde. diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica  
**Don no Guadalupe Esquendo  
RM: Necrose do coto femoral**

29 - CID10(Principal) (opcional) **M16-7** 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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<b>30724287</b>	<b>trilento do coto femoral</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<b>3073202-6</b>	<b>inseto osso</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar  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  
**troca longo 2,5 x 3,2**

46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante **Dr. Mauricio Rodrigues Miyasaki** 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização