

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador 000000000000

1 - Registro ANS 326755	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	
10 - Nome maria regina garcia	
11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional Cem	16 - Número do Conselho 26921	17 - UF PR	18 - Código CBO
---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		21 - Data sugerida para Internação
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hospital Bomtempo	
22 - Caracter de Atendimento clínico	23 - Tipo de Internação cirúrgico	24 - Regime de internação O
25 - Qtde. diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente com rotura completa do corpo muriforme mural com condropatia femoropatelar com sinais de síndrome febril

29 - CID10 Principal (opcional)	30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)	32 - CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30A33065	Rep. de um membro	01
2- <input type="checkbox"/>	30A33047	Procedimento de	01
3- <input type="checkbox"/>	30A33019	sinovectomia	01
4- <input type="checkbox"/>		Tip de video	
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			

Dados da autorização		44 - Código CNES
39 - Data provável da Admissão hospitalar 06/02/2023	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo da acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
45 - Observação / Justificativa		

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização Atherton Rozeli ou Exame de femoral
--------------------------	--	--	---