

**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

2- Nº Guia no Prestador

ANS - n.º 350141

1 - Registro ANS <b>350141</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>942174</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

10 - Nome <b>Lucas Eduardo da Costa Santos</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado <b>Hca. Ala Suíço</b>
--------------------------	--

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Omar El Kadhi</b>	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho <b>43294</b>	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 <b>10/10/2019</b>
---------------------------------	--	---

22 - Caráter do 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 <b>P.O. fratura torçao / lesão retinada de material de sutura</b>
---

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	<b>90710070</b>	<b>Retinada de parafuso</b>		
02	<b>30710002</b>	<b>material de sutura</b>		
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
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
---------------------------------

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Omar S. El Kadhi</b> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 43.274 / RQE 32.966	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---