

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº 123456789012

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
------------------	-------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Nome	10 - Número do Cadastro Nacional de Saúde
------------------------	--------------------------	----------	---

Dados do Contratado Solicitante

11 - Código do Contratado na Operadora	12 - Nome do Contratado	13 - Nome do Profissional Solicitante	14 - Conselho Profissional	15 - Número no Conselho	16 - UF	17 - Código CBO S
--	-------------------------	---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora	19 - Nome do Hospital/Clinica	20 - Data sugerida p/ Internação	
21 - Caracter da Internação	22 - Tipo de Internação	23 - Regime de Internação	24 - Qtde. Diários Solicitados

25 - Indicação Clínica

OSTEONECROSE CABEÇA DO FEMUR COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E
LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE

Hipóteses Diagnósticas

26 - Tipo Doença	27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	28 - Indicação de Acidente
------------------	---	----------------------------

Procedimentos Solicitados

33 - Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	36 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Aut.
-------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------------

Dados da Autorização

38 - Data Prevista da Admissão Hospitalar	39 - Qtde. Diárias Autorizadas	40 - Tipo da Acomodação Autorizada	41 - Código / Registro do Contratado na Operadora	42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada	43 - Código CNES
---	--------------------------------	------------------------------------	---	---	------------------

44 - Observação

45 - Assinatura do Médico Solicitante	46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	47 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---------------------------------------	--	---

DR. GUILHERME RUFFINI ISOLANI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO QUADRIL
CRM-PR 31566