

6/01/2023

INICIA

Fevereiro



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no 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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

MARIO AUGUSTO FERREIRO

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

21 - Data sugerida para internação

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

EMERGE C/ LESÃO PARCIAL LCA
LESÃO MENSCO EM ALÇA BACULI e
LESÃO OSTEO CORPORA

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- []	30733073	LCA	01	[]
02- []	30731216	EMERG	02	[]
03- []	30733065	MENSCO	01	[]
04- []	30733049	OSTEO CORPORA	[]	[]
05- []	60024151	1 TAXA VIDEO	[]	[]
06- []	00590045	1 SHAVEN	[]	[]
07- []	0116700	1 ANESTESIA	[]	[]
08- []	70627657	1 ROTA ENDOSCOPICA	[]	[]
09- []	00597007	1 PARAFUSO BIO	[]	[]
10- []	78898676	2 FRTS SURTA CLASSICA	[]	[]
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

Dr. João Paulo Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28.577

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização