



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

91475027
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 0032.0000075542498	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN conf. APTO
10 - Nome Social		

10 - Nome

Maurício Pinelli

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 28281	17 - UF PR	18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Unioeste	21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento cirurgico	23 - Tipo de Internação eletivo	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterapia

28 - Indicação Clínica

Paciente apresenta lesão de menisco lateral, associada a lesão osteocondral c/sinuvite e corpo livre intraarticular em joelho Direito. Encaminhado para tratamento cirurgico com videarthroscopia.

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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3101313101615	Reparo de um menisco	1	
2- <input type="checkbox"/>	3101313101419	Osteocondroplastia	1	
3- <input type="checkbox"/>	3101313101114	Sinovectomia	1	
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	0101510101415	Lamina de Shaver		
9- <input type="checkbox"/>	0101110101910	Radioterapia		
10- <input type="checkbox"/>	0101011411511	Taxa de video		
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 22/06/23	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 / Justificativa

Dr. Alexandre Provenza
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 20281 - TEOT 12360

Material Artrom

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---