



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

00/00/00

5 - Senha

00000000000000000000

6 - Data de Validade da Senha

00/00/00

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

00050000032024003

8 - Validade da Carteira

31/10/2023

9 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

Maria Celi Pereira

11 - Cartão Nacional de Saúde

00000000000000000000

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

00000000000000000000

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Carlos Roberto de Jesus

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

22343

17 - UF

PR

18 - Código CBO

000000

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

00000000000000000000

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

Unimed

21 - Data sugerida para internação

00/00/00

22 - Caráter do Atendimento

C

23 - Tipo de Internação

A

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

N

27 - Previsão de uso de quimioterápico

0

28 - Indicação Clínica

As antena lat + N2

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M029

30 - CID 10 (2) (Opcional)

000000

31 - CID 10 (3) (Opcional)

000000

32 - CID 10 (4) (Opcional)

000000

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

0

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	30210030	Atendimento de Emergência	01	01
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

00/00/00

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

00

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

00

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

00000000000000000000

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

Unimed

44 - Código CNES

000000

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

00/00/00

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Carlos Roberto de Jesus

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização