



PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador 000000000000

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000									
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 184018		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN							
50 - Nome Social											
10 - Nome Joselaine Pagani											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza		15 - Conselho Profissional ORM		16 - Número do Conselho 28281		17 - UF PR		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						21 - Data sugerida para Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico									
22 - Caráter de 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 com dor intensa em Joelho direito, Rotura de menisco medial "Flap Meniscal", lesão osteocondral. Encaminhado para procedimento cirurgico por videoscopia.											
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)		31 - CID10(3) (opcional)		32 - CID10(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.			
1- [] [] []		301733065		Reparo de um menisco				01 [] []			
2- [] [] []		301733049		Osteocondroplastia				01 [] []			
3- [] [] []		[] [] []						[] [] []			
4- [] [] []		[] [] []						[] [] []			
5- [] [] []		[] [] []						[] [] []			
6- [] [] []		[] [] []						[] [] []			
7- [] [] []		[] [] []						[] [] []			
8- [] [] []		[] [] []						[] [] []			
9- [] [] []		6100241151		Taxa de video				01 [] []			
10- [] [] []		01059100415		Lamina de Shaver				01 [] []			
11- [] [] []		01011167100		Radiofrequencia				01 [] []			
12- [] [] []		[] [] []						[] [] []			
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 20/12/23		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 Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 17360 Material Arthrom											
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					