



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia 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 de RN															
10 - Nome Neusa Trevizan				11 - Cartão Nacional de Saúde Dr. Rafael Maurício Beletato Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 28806															
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado																	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número do 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 Unicorte				21 - Data sugerida para Internação													
22 - Caráter de 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																			
29 - CID10 Principal (opcional) M 678												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		36 - Descrição						37 - Qtde. Solíc.		38 - Qtde. Au.							
1- <input type="checkbox"/>		30731122		Tenoplastia de tendão						7									
2- <input type="checkbox"/>		30731224		Transposição Unica de tendão															
3- <input type="checkbox"/>		30731089		Tenodesse															
4- <input type="checkbox"/>																			
5- <input type="checkbox"/>																			
6- <input type="checkbox"/>																			
7- <input type="checkbox"/>																			
8- <input type="checkbox"/>																			
9- <input type="checkbox"/>				pro filber															
10- <input type="checkbox"/>																			
11- <input type="checkbox"/>																			
12- <input type="checkbox"/>																			
Dados da autorização																			
39 - Data provável da Admissão hospitalar _/_/___/___				40 - Qtde Diárias Autorizadas				41 - Tipo de acomodação autorizada											
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				43 - Nome do Hospital / Local Autorizado								44 - Código CNE3							
45 - Observação																			
46 - Data da Solicitação _/_/___/___				47 - Assinatura do Profissional Solicitante				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização							