

TELEFONIA



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9	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 999 2166 296 758014	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
50 - Nome Social DANIELA PIEDRALISI, F. NETTO		
10 - Nome		

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 UNIOESTE	21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação L
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

PO LCA + SURTI MENSUR e/
REVISÃO MENSUR e OSTEO CONDIL (E)

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	30733045	REPARO MENSUR		
02	30733049	OSTEO CONDIL PARTIAL		
03		ITAXA VIDEO		
04		1 SHAVER		
05		1 RADIO FREQUENCIA		
06		2 PINTA + SUTURA MENSUR		
07		"SUGGERSTICK"		
08				
09				
10				
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

47 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização