



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

0 8 5 5 0 9 2 0 0 4 5 8 9 3 0 9 9

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Luiz Alencar Marinho Junior

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Cesar Eduardo C. F. Martins
CRM-PR 22.343 TEOT 8545

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

Unorte

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Halux Valgo grave
e metatarsos 2/3/4/5 CI fixação e gesso

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.5

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 -	30729.181	TT Halux Valgo	01	
02 -	30729.203	Osteotomia metatars	04	
03 -	3073.1216	Transferir Tendão	01	
04 -		Aplicar drenagem	02	
05 -		no torniquete	01	
06 -		Boa fixação	01	
07 -				
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. Cesar Eduardo C. F. Martins
CRM-PR 22.343 TEOT 8545
ORIGINAL

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização