



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	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0865 0001827748315	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN Onf.
---	--------------------------	--------------------------------------

10 - Nome Social

10 - Nome

Elisa Kara Gonçalves

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 28281	17 - UF PR	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 - Caracter do Atendimento Cirurgico	23 - Tipo de Internação Eletivo	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME 5	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

23 - Indicação Clínica

Paciente apresenta lesão de LCA e lesão condral em joelho direito. Encaminha p/ tratamento cirurgico por videoscopia.

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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3101731310131	Reconstrução de LCA	11	
2- <input type="checkbox"/>	3101731113116	Transp. mais de 1 de Tendão	11	
3- <input type="checkbox"/>	3101731310149	Osteocondroplastia	11	
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>	10101513171013	Parafuso Interf. Bioabsorvível	1012	
9- <input type="checkbox"/>	10101024111511	Tala de vidro		
10- <input type="checkbox"/>	1010151910101415	Lamina de Shaver		
11- <input type="checkbox"/>	1010111416171010	Radiofrequência		
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 06/07/23	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de 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~~
Cirurgião do Joelho
CRM 20281 - TEOT 12360

Material Artrom

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---