

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

Guia
12

1 - Registro ANS 350141		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 224810		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento de RN				
10 - Nome Thais das Santos Sigurdson		11 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional		
16 - Número no Conselho 26021		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 Hospital Santa Cruz		
21 - Data sugerida para internação				
22 - Caráter do Atendimento eletiva		23 - Tipo de Internação		
24 - Regime de Internação diurno		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02		
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico		
28 - Indicação Clínica Admissão completa no serviço de internação diurna de Santa Cruz.				
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.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
02.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
03.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
04.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
05.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
06.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
07.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
08.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
09.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
10.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
11.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
12.	30733073	Exame físico Cruz. Fee	01	01
Dados da Autorização				
39 - Data Provisória da Admissão Hospitalar 11/06/2014		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 Material Retornado				
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.971		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		