



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 0038 60070000 49 607 | | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN | |
| 10 - Nome Social Claudia Lamar della Rio Doce | | | | |
| 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 Uniorle | | |
| | | 21 - Data sugerida para Internação | | |
| 22 - Caráter do Atendimento Cirurgia Eletiva | 23 - Tipo de Internação | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtd. Diárias Solicitadas 1 | |
| 26 - Previsão de uso de OPME | | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico | | |
| 28 - Indicação Clínica Paciente sofreu trauma em joelho direito e evoluiu com ruptura de menisco medial associado a lesão LCA e lesão condral, apresenta limitação funcional, instabilidade e falhas. Encaminhado p/ tratamento cirúrgico 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 - Qtd. Solic. | 38 - Qtd. Aut. |
| 1 - <input type="checkbox"/> | 310131310131 | Reconstituição de LCA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 - <input type="checkbox"/> | 310131112116 | Transp. nat. de 1. tendão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 - <input type="checkbox"/> | 310131310165 | Reparo de um menisco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 - <input type="checkbox"/> | 310131310149 | Ortoscóndroplastia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 - <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 - <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 - <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 - <input type="checkbox"/> | 610121411511 | Tala de vidro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 - <input type="checkbox"/> | 010591010145 | Lamina de Shaver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 - <input type="checkbox"/> | 01011461709 | Radioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 - <input type="checkbox"/> | 010591710107 | Parafuso bioabsorvível | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 - <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dados da autorização | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 03/08/23 | | 40 - Qtd. 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 Cirurgia do Joelho CRM 29342 - TEOT 12360 Material Arthrom | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |