

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

HOSPITALAR

Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR - CEP 86010-180
Fone: (43) 3315-1900

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	
11 - Cartão Nacional de Saúde	

10 - Nome	ANGELBERTO SARTORI
12 - Código na Operadora	
13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante	DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA
15 - Conselho Profissional	CRM
16 - Número no Conselho	
17 - UF	
18 - Código CBO	

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação
24 - Regime de Internação	25 - Qide, Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
21 - Data sugerida para internação	19475 PR

28 - Indicação Clínica

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR D NECESSITANDO REPARO
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA
ARTROPATIA ACROMIOLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO CLAVICULA

29 - CID 10 Principal (Opcional)	30 - CID 10 (2ª Opcional)	31 - CID 10 (3ª Opcional)	32 - CID 10 (4ª Opcional)
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição
--	----------------

37 - Qide Solic	38 - Qide Aut
01 -	30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
02 -	
03 -	
04 -	30735033 ACROMIOPLASTIA
05 -	30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS
06 -	30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA
07 -	
08 -	ANCORA SMM C/2 FIOS
09 -	PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)
10 -	RADIOFREQUENCIA monopolar
11 -	EQUIPO 4 vias
12 -	CANULA ARTROSCOPICA

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qide, Diárias Autorizadas	TAXA DE VIDEO
41 - Tipo de 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	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	CRM/PR 19475 TEOT 9918