



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia 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 | | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN |
| 10 - Nome THIAGO AUGUSTO PINHEIRO DE CARMO | | 11 - Cartão Nacional de Saúde | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 13 - Nome do Contratado | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante DANILLO CANESIN DA MOLIN | | 15 - Conselho Profissional 24619 | 16 - Número do 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 HOSP ROCHA | |
| | | 21 - Data sugerida para Internação | |
| 22 - Caráter de Atendimento U | 23 - Tipo de Internação H | 24 - Regime de Internação C | 25 - Qtde. diárias Solicitadas 02 |
| 26 - Previsão de uso de OPME | | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico | |
| 28 - Indicação Clínica Ruptura de manguito rotador - supracapular - + lesão SLAP + BURSITE | | | |
| 29 - CID10 Principal (opcional) M51 | | 30 - CID10(2) (opcional) | 31 - CID10(3) (opcional) |
| | | 32 - CID10(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"/> | 30735068 | REPARO DE MANGUITO ROTADOR | 01 | |
| 2- <input type="checkbox"/> | 30735033 | ACROMIO PLASTIA | 01 | |
| 3- <input type="checkbox"/> | 307350 | REPARO DE LESÃO LABRAL | 01 | |
| 4- <input type="checkbox"/> | | | | |
| 5- <input type="checkbox"/> | | | | |
| 6- <input type="checkbox"/> | 715021661 | ÂNCORAS JUGGERKNOT (SOFT) | 02 | |
| 7- <input type="checkbox"/> | 71876511 | ÂNCORAS METÁLICAS | 02 | |
| 8- <input type="checkbox"/> | 00590043 | LÂMINAS DE SHAVEL | 03 | |
| 9- <input type="checkbox"/> | 001167100 | RADIOFREQUÊNCIA | 01 | |
| 10- <input type="checkbox"/> | 30917540 | LAZER | 01 | |
| 11- <input type="checkbox"/> | 00596221 | GUIA FLEXÍVEL DE SUTURA | 02 | |
| 12- <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| Dados da autorização | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/2022 | | 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 | | | |
| 46 - Data da Solicitação 11/11/2022 | | | |
| 47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Danilo Canesin Da Molin CRM 24619 Ortopedia e Traumatologia | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | |
| | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |