

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2. Nº Guia no Prestador

<b>1 - Registro ANS</b>	<b>3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b>	<b>6 - Data de Validade da Senha</b>
_____	_____	_____/_____/_____
<b>4 - Data da Autorização</b>	<b>5 - Senha</b>	
____/____/____	_____	

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN

10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
Francis Wilson de Lima	

**Prüfungsausschuss Solchardt**

12 - Código na Operadora \_\_\_\_\_

<b>14 - Nome do Profissional Solicitante</b>	<b>15 - Conselho Profissional</b>	<b>16 - Número no Conselho</b>	<b>17 - UF</b>	<b>18 - Código</b>
XXXXXXXXXX ✓ <i>P. Z. M.</i>				

\_\_\_\_\_

<p><b>19- Código na Operadora / CNPJ</b></p> <p>_____</p>	<p><b>20 - Nome do Hospital/Local Solicitado</b></p>	<p><b>21 - Data sugerida para intervenção</b></p> <p>____/____/____</p>
---	--	---

22 - Caráter do Atendimento E	23-Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 4	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimi <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	---

28 - Indicação Clínica									
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KS15 KS + num.sg. *foelw* *nekt*

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada):

© 2001 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 250: 111–117

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Atd
01-	3013, 3013	monitores vs	01	
02-	3013, 3016	transparição lãdax	01	
03-	3013, 3065	repro mbrsca	01	
04-		tx de vico	01	
05-				
06-				
07-		placa emb button	01	
08-		placa intaf	01	
09-		placa shv	01	
10-				
11-		fio de sldo resistencia	02	
12-				

## Exotic on Automobile

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
____/____/____	____	____

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

## 45 - Observação / Justificativa

Dr. Marcus V. Danielli  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do(s) Solicitante(s)	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>