

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
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
50 - Nome Social maric Aux. RONCON. Garvia		
10 - Nome		

Dados do Contratado Solicitante		
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 20921
		17 - UF P.R.
18 - Código CBO		

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hospital Evangelico	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento Eletivo	23 - Tipo de Internação Cirurgia	24 - Regime de Internação O.D.
25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica Paciente com acentuada enfusão de sangue sinovial no joelho esquerdo de tendência a bursite suprapatelar. com rotura do corpo da menisco posterior do menisco medial com lesões condrais grau III/IV			
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				37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			
1- <input type="checkbox"/>	301333005	Rep. Sut. menisco		10	
2- <input type="checkbox"/>	301333005	Osteotomia proximal		10	
3- <input type="checkbox"/>	301333005	Sinovectomia		10	
4- <input type="checkbox"/>		Tx de r. deo.			
5- <input type="checkbox"/>		Reconstrução da			
6- <input type="checkbox"/>		capa de endo.			
7- <input type="checkbox"/>		domino de silicone			
8- <input type="checkbox"/>		exemplo de solo gusa			
9- <input type="checkbox"/>					
10- <input type="checkbox"/>					
11- <input type="checkbox"/>					
12- <input type="checkbox"/>					

Dados da autorização	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 07/03/23	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 / Justificativa Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921 matricul Aethron	
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização