



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**71450890**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>71450890</b>			
4 - Data da Autorização <b>07/10/2021 10:16</b>		5 - Senha <b>71450890</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>06/12/2021</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000002817368</b>		8 - Validade da Carteira <b>08/07/2022</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>CLEA AUXILIADORA FONSECA LISSE</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>898004840918157</b>	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>01.074.901/0001-90</b>		13 - Nome do Contratado <b>ORTOMED SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES S/S LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>EDSON KENJI TAKAKI</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>7669</b>
			17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225295</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>01.074.901/0001-90</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ORTOMED SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES S/S LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>0</b>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica SOLICITO LIBERACAO DE PROCEDIMENTO REALIZADO COM OBJETIVO DE FACILITAR A LOCALIZACAO NERVOSA CONSEQUENTEMENTE MINIZANDO OS RISCOS DE NIJEÃ±ÃO INTRAVASCULAR OU INTRANEURAL					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)	
				32-CID10(4) (opcional)	
				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- <b>22</b> 2- <b>22</b> 3- <input type="text"/> 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento <b>40901211</b> <b>31403026</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição <b>US - ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MUSCULO O</b> <b>BLOQUEIO DE NERVO PERIFERICO - NERVOS PERIFERICOS</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	37 - Qtde. Solic. <b>1</b> <b>1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. <b>1</b> <b>1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>0</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>12</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>01.074.901/0001-90</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ORTOMED SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES S/S LTDA</b>			44 - Código CNES <b>3114872</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3379-2231 / Emitido Por: 04753294900 em 07/10/2021 / Empresa / Titular: ANTONIO VALDECIR LISSE					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

71450890

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação <b>70858641</b>	4 - Data da Autorização <b>07/10/2021 10:16</b>
5 - Senha <b>71450890</b>		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>71450890</b>

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000002817368</b>	8 - Nome <b>CLEA AUXILIADORA FONSECA LISSE</b>
---	---

## Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora <b>01.074.901/0001-90</b>	10 - Nome do Contratado <b>ORTOMED SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES S/S LTDA</b>
--	--

11 - Nome do Profissional Solicitante <b>EDSON KENJI TAKAKI</b>	12 - Conselho Profissional <b>06</b>	13 - Número do Conselho <b>7669</b>	14 - UF <b>41</b>	15 - Código CBO <b>225295</b>
--	---	--	----------------------	----------------------------------

## Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas <b>0</b>	17 - Tipo da acomodação solicitada <b>12</b>
---	---

## 18 - Indicação Clínica

SOLICITO LIBERACAO DE PROCEDIMENTO REALIZADO COM OBJETIVO DE FACILITAR A LOCALIZACAO NERVOSA CONSEQUENTEMENTE MINIZANDO OS RISCOS DE NIJEÃ±ÃO INTRAVASCULAR OU INTRANEURAL

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut
1- <b>22</b>	<b>40901211</b>	<b>US - ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MUSCULO O</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>31403026</b>	<b>BLOQUEIO DE NERVO PERIFERICO - NERVOS PERIFERICOS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas <b>0</b>	25 - Tipo da Acomodação Autorizada <b>12</b>
---	---

## 26 - Justificativa da operadora

## 27 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3379-2231 / Emitido Por: 04753294900 em 07/10/2021 / Empresa / Titular: ANTONIO VALDECIR LISSE

28 - Data da Solicitação <input type="text"/>	29 - Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text"/>	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>
--	---	---