

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº   

33770938

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira

8 - Plano

9 - Validade da Carteira

10 - Nome completo

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 - Nome do Contratado

14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO S

19475 PR

Dados do Profissional Solicitante  
**DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** CRM

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação

☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de internação

☐ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

☐ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Indicação Clínica

**LESÃO DO MANGUITO ROTADOR D NECESSITANDO REPARO  
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA**

Hipótese de Diagnóstico

27 - Tipo de Doença

☐ A - Aguda ☐ C - Crônica

28 - Tempo de Doença

☐ J - ☐ A - Anos M - Meses D - Dias

29 - Indicação de Acidente

☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID Principal

31 - CID (2)

32 - CID (3)

33 - CID (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento

1- \_\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_\_  
3- \_\_\_\_\_  
4- \_\_\_\_\_  
5- \_\_\_\_\_

36 - Descrição

**30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR  
30735033 ACROMIOPLASTIA**

37 - Qtde. Solicit.

38 - Qtde. Aut.

OPM Solicitados

39 - Tabela 40 - Código do OPM

1- \_\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_\_  
3- \_\_\_\_\_  
4- \_\_\_\_\_  
5- \_\_\_\_\_

**30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA**

42 - Qtde.

43 - Fabricante

44 - Valor unitário

**ANCORA 5mm C/2 FIOS  
PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)  
RADIOFREQUENCIA monopolar  
EQUIPO 4 vias  
CANULA ARTROSCOPICA**

42 - Qtde.

43 - Fabricante

44 - Valor unitário

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar

46 - Qtde. Diárias Autorizadas

47 - Tipo de acomodação autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

49 - Nome do Prestador Autorizado

50 - Código CNES

51 - Observações

**Dr. Daniel F. F. Vieira**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 19475 TEOT 9918

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização