

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador 000000000000

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000000000000</b>	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		<b>apartamento</b>	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>15951</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
--	--------------------------	----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome  
**Zilnei Maria Jordão Querini**

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Alexandre Provenza</b>	15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</b>	17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Hospital Evangélico</b>	21 - Data sugerida para internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter de Atendimento <b>clínico</b>	23 - Tipo de Internação <b>eleito</b>	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
---	--	---------------------------	--	--	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica

**Paciente com Artropatia degenerativa joelho direito, com piora da algia e hidrartrose local. Encaminhado p/ cirurgia de prótese total de joelho.**

29 - CID10 Principal (opcional)	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 ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<b>307.26.034</b>	<b>Artroplastia total de joelho</b>	<b>01</b>
2- <input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>		<b>Kit Prótese total de joelho - Zimmer</b>	<b>01</b>
9- <input type="checkbox"/>		<b>Alimento osso</b>	<b>01</b>
10- <input type="checkbox"/>		<b>Kit de lavagem pulso</b>	<b>01</b>
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>03/03/24</b>	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo da acomodação autorizada
--	-------------------------------	------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
--	--	------------------

45 - Observação / Justificativa

**Dr. Alexandre Provenza**  
**Ortopedia/Traumatologia**  
**Cirurgia do Joelho**  
**CRM 28281 - TEOT 12360**

**Fornecedores:**  
**Arthron**  
**All medic**  
**circul**

**Material Arthron**

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---