

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

865 000 2158 166 100

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

DEIDRO MARTIN SEGRETARI

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

UNORTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

OL

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO LCA e COMURPATIA
PATELAR. PIVOT explosivo,
LACHMAN 3 +

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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	30733073	LCA		
02-	30731216	EMERGÊNCIA TENSÃO		
03-	30726190	RETORÇO ANTERIOPOSTERIOR		
04-	30731216	EMERGÊNCIA TENSÃO ILIOTIBIAL		
05-	30733049	OSTEOCLUSOPLASTIA		
06-		1 TAXA VÍDEO		
07-		1 LAMINA SINTER		
08-		1 RADIOFREQUÊNCIA		
09-		1 PACT ENDOTOMIA		
10-		1 PARTIGO INTERFERÊNCIA Bie		
11-		1 ANCILO SUGGERNO		
12-				

Dados da Autorização

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

45 - Observação / Justificativa

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28.617

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização