

AN4 PAULA



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
----------------------------	---

4 - Data da Autorização 01/01/2027	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha 01/01/2027
---------------------------------------	-----------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 01070000005134328	8 - Validade da Carteira 01/03/2027	9 - Atendimento a RN N
---	--	---------------------------

10 - Nome JOAO RICARDO CAMPANO LUCILHA	11 - Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número no Conselho 19475	17 - UF PR	18 - Código CBO
--------------------------	---	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado MORTE	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1 2	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica LESÃO DO MANGUITO ROTADOR e NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

29 - CID 10 Principal (Opcional) M75.1	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	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	1	1
02	30735033	ACROMIOPLASTIA	1	1
03	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	1	1
04		ÂNCORA-juggerknot C/2 FIOS	3	3
05		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	2	2
06		RADIOFREQUENCIA monopolar	1	1
07		EQUIPO 4 viaS	1	1
08		CANULA ARTROSCOPICA	1	1
09		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA	1	1
10		TAXA DE VIDEO	1	1
11				
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		
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Daniel F. F. Vieira CRM/PR 19475 TEOT 99/8	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização