



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 005 00000 567 101 38		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN				
10 - Nome LUIS F. RODRIGUES		11 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Unioeste		
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR: 28617		15 - Conselho Profissional		
16 - Número no Conselho 28617		17 - UF		
18 - Código CBO				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIOESTE		
21 - Data sugerida para internação				
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação		
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01		
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico		
28 - Indicação Clínica LESAO LIG. MENSCOS OCTOMAGEM SOTERNO ESO. LIG. 3 M3 ALOS TOMATE				
29 - CID 10 Principal (Opcional) M235		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	30433005	LA CA		
02	30433073	LA MENSCO LAT.		
03	30433005	MENSCO MD.		
04	30433005	EMERGEN TEND.		
05	30431216	OSTEO LESAO PUSTA		
06	30433073	ITAXA VIDEO		
07	00590045	DI SHANER		
08	00416100	DI RADIO FREQUENCIA		
09	00590004	DI BOMBERO WENT. BIC		
10	00698658	DI PUTA ENDO BOTON		
11	78898676	2 KVS REPARO MENSCO		
12		CROSSFIX		
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 Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR: 28.617		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização