

TEDE ZINHA



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 4030 5638

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

JOÃO VITOR DE AGUIAR

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

MAISSÉN

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

21 - Data sugerida para internação

H. UNIOMÉ

22 - Caráter do Atendimento

G

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

DOENÇA DIV COM DOR
E TRAVAMENTOS, GRANDE PULSA
NÃO, PATELA LATERALIZADA e LIG
MENTES LATERAL

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	30733103	RELEASE PATELA		
02	30733057	NEURECTOMIA LATERAL		
03	30733022	SYNOVECTOMIA PATELA		
04				
05		1 TAXA VIDEO		
06		1 LUNA SHAW		
07				
08		1 RADIOFREQUENCIA		
09				
10				
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Ortopedia e Traumatologia
CRM 22.617

João Vitor de Aguiar

TEDE ZINHA

1 - Registro ANS

343269

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

005.00000.4030.5638

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

JOÃO VITOR DE AGUIAR

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

MAISSÉN

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

21 - Data sugerida para internação

H. UNICOMTE

22 - Caráter do Atendimento

G

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

OL

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

DOENÇA DIV COM DOR
E TRAVAMENTOS, GRANDE PULSA
NÃO, PATELA LATERALIZADA e LIG
MENTES LATERAL

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	30733103	RELEASE PATELA		
02	30733057	NEURECTOMIA LATERAL		
03	30733022	SYNOVECTOMIA PATELAR		
04				
05		1 TAXA VIDEO		
06				
07		1 LIMA SHAWER		
08				
09		1 RADIOFREQUENCIA		
10				
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização