

Logo

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS

3 - Data de Autorização

4 - Senha

5 - Data Validade da Senha

6 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

086500004445069014

8 - Plano

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA ANIELE MACHADO DE SOUSA MONTEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 - Nome do Contratado

14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante

FÁBIO SANTIAGO DE MACÊDO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

22385

18 - UF

26

19 - Código CBO S

225235

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ

21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação

01

23 - Tipo da Internação

02

24 - Regime de Internação

01

25 - Qtd. Diárias Solicitadas

1

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Indicação Clínica

PACIENTE POS BARIATRICA. PERDA DE 55KG; IMC ATUAL: 27.8; PESO: 76 KG. VEM COM QUEIXA DE GRANDE PTOSE MAMARIA E FALTA DE VOLUME. APRESENTA PTOSE GRAU III E FALTA DE VOLUME SECUNDARIOS A GRANDE PERDA PONDERAL. APRESENTA AINDA EXCESSO DE PELE E FLACIDEZ EM MEMBROS SUPERIORES CARACTERIZAM BRAÇOS EM ASA DE MORCEGO. SOLICITO CIRURGIA REPARADORA

Hipóteses Diagnósticas

28 - Tipo Doença

29 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

1 A

30 - Indicação de Acidente

9

31 - CID 10 Principal

E68

32 - CID 10 (2)

33 - CID 10 (3)

34 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

35 - Tabela

36 - Código do Procedimento

37 - Descrição

38 - Qtde. Solicit

39 - Qtde. Aut

30602360

MAMOPLASTIA POS BARIATRICA

1

30101980

dermolipectomia de membros superiores

1

OPM Solicitados

40 - Tabela

41 - Código do OPM

42 - Descrição OPM

43 - Qtde.

44 - Fabricante

45 - Valor Unitário R\$

Dados da Autorização

46 - Data Provável da Admissão Hospitalar

47 - Qtde. Diárias Autorizadas

48 - Tipo de Acomodação Autorizada

49 - Código na Operadora / CNPJ

50 - Nome do Prestador Autorizado

51 - Código CNES

52 - Observação

53 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

54 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

55 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Fábio S. Macêdo
Cirurgia Plástica
CRM-PE 22385

221241

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
3 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data da Validade da Senha

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
10 - Nome Maria Anile Machado de Souza Montenegro		11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante Mirella M. Cunha	14 - Conselho Profissional CRM	16 - Número no Conselho 20852	17 - UF PE	18 - Código CBO

Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado CHUR - Torre 1	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Registro de Internação 1	25 - Qtde Diárias Soliditadas 01	26 - Previsão de uso de OPME N	27 - Previsão de uso de quimioterápico N

28 - Indicação Clínica Paciente com 02 nódulos nódulos palpáveis em mama (E), má submetida à mastoplastia pós-bariátrica					
29 - CID 10 Principal N63	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	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- []	3060207-6	Exérese de 02 lesões de mama por estereotaxia	02		
02- []					
03- []					
04- []					
05- []					
06- []					
07- []					
08- []					
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 Solitante Mirella Marques da Cunha Cirurgiã Geral / Mastologista CRM-PE 20852	48 - Assinatura do Beneficiário Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização