



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador
(O número da guia tem que ser criado pelo Prestador)

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 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 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento a RN |
| 10 - Nome JOSE CRISTOVAO URBANO DA SILVA FILHO | | 11 - Cartão Nacional de Saúde |

| | |
|--|---|
| Dados do Contratado Solicitante | |
| 12 - Código na Operadora | 13 - Nome do Contratado |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante BENHUR LIMA | 15 - Conselho Profissional 15 - 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 CHUR TORREZ | 21 - Data sugerida para internação | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de Internação | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtd. Diárias Solicitadas | 26 - Previsão de uso de OPME | 27 - Previsão de uso de eletroterápico |

| |
|--|
| 28 - Indicação Clínica SINTOMAS DE BALANOPOSTITE DE REPETIÇÃO. COM ANEL PREPUCIAL |
|--|

| | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 29 - CID 10 Principal (Opcional) N47 | 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 - Qtd Solic | 38 - Qtd Aut | |
| 01- 02- 03- 04- 05- 06- 07- 08- 09- 10- 11- 12- | 31206220 31206212 | POSTECTOMIA PLASTICA DE FREIO BALANOPREPUCIAL | | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Dados da Autorização | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar | 40 - Qtd. Diárias Autorizadas | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | 44 - Código CMES | |
| 45 - Observação / Justificativa COM ANESTESISTA | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |