



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **3300000060374**

1 - Registro ANS 344885		3 - Número da Atribuído pela Operadora				
4 - Data da Autorização		5 - Senha			6 - Data Validade da Senha	
<b>Dados do Beneficiário</b>						
7 - Número da Carteira 0343305001267006			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN N	
50 - Nome Social						
10 - Nome JOSE CRISTOVAO URBANO DA SILVA FILHO						
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>						
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado				
14 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ FELIPE ALBANEZ FALCAO		15 - Conselho Profissional 06	16 -Número no Conselho 14773		17 -UF 26	18 - Código CBO 225270
<b>Dados do Hospital / Local Solicitação / Dados da Internação</b>						
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado			21 - Data sugerida para internação 24/06/2024	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação 1	24 - Regime de Internação	25 - Qtd Diárias Solicitadas 05	26 - Previsão de uso de OPME N	27-Prev de uso de quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica EXTENSO FERIMENTO EM MÃO DIRIETA + LESÃO EXPOSTA DE EXTENSORES DOS DEDOS.						
29-CID10 Principal(Opcional)	30 - CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 10 (3) (Opcional)	32 - CID 10 (4) (Opcional)	33-Ind de Acidente (acidente ou doença relacionada)		
<b>Procedimentos Solicitados</b>						
<b>Dados da Autorização</b>						
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 Autori			44 - Código CNES	
45 - Observações / Justificativa						
46 - Data da Solicitação 24/06/2024	47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável Pela Autorização	

