



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 00161024021520216768



1 - Registro ANS 344885		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89899580							
4 - Data da Autorização 17/10/2024		5 - Senha 179481126		6 - Data da Validade da Senha 16/12/2024					
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira 08650003790666309			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN N				
50 - Nome Social									
10 - Nome MARIA HELENA CORREIA PERE									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora 99999999999999			13 - Nome do Contratado Real Hospital Portugues						
14 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO DE PAULA RAMOS PEDROSA			15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número no Conselho 1464		17 - UF PE	18 - Código CBO 225121	
Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 110090394			20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Real Hospital Portugues			21 - Data sugerida para internação 22/10/2024			
22 - Caráter do Atendimento 1		23 - Tipo de Internação 4	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME N		27 - Previsão de uso de quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica LLA DE ALTO RISCO									
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) 2	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados									
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição					37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut	
01-	22	20104294	Terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento					1	1
02-	18	60000783	DIÁRIA DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA					1	1
03-									
04-									
05-									
06-									
07-									
08-									
09-									
10-									
11-									
12-									
Dados da Autorização									
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar			40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1		41 - Tipo de Acomodação Autorizada 28				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 110090394			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Real Hospital Portugues					44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa AUTORIZADO FAULDMETRO 50MG (100MG X1).+ ondasetrona cobrado em conta									
46 - Data da Solicitação 16/10/2024		47 - Assinatura do Profissional Solicitante			48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

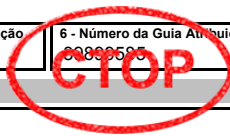




ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - N

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Referenciada 161024021520216768	4 - Senha 179481126	5 - Data da Autorização 17/10/2024	6 - Número da Guia Autorizado pela Operadora 00800663
----------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	--



Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 08650003790666309	52 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome MARIA HELENA CORREIA PERE

9 - Peso (Kg) 69,6	10 - Altura (Cm) 161	11 - Superfície Corporal (m²) 1,74	12 - Idade 15	13 - Sexo F
-----------------------	-------------------------	---------------------------------------	------------------	----------------

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO DE PAULA RAMOS PEDROSA	15 - Telefone 8134138040	16
---	-----------------------------	----

Diagnóstico Oncológico

17 - Data da Diagnóstico 30/03/2023	18 - CID10Principal(Opcional) C910	19 - CID10 (2) (Opcional)	20 - CID10 (3) (Opcional)	21 - CID10 (4) (Opcional)	29 - Plano Terapêutico MANUTENÇÃO	
22 - Estadiamento 1	23 - Tipo de Quimioterapia 1	24 - Finalidade 1	25 - ECOG 0	26 - Tumor 5	27 - Nódulo 4	28 - Metástase 2

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

31 - Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

32 - Data Prevista para Início da Administração	33 - Tabela	34 - Código do Medicamento	35 - Descrição	36 - Dosagem total no ciclo	37 - Unidade da Medida	38 - Via Adm	39 - Frequência
01- 16/10/2024	20	90144538	FAULDMETRO	100,00	14	19	1
02-							
03-							
04-							
05-							
06-							
07-							
08-							

Tratamento Anteriores

40 - Cirurgia

41 - Data da Realização

42 - Área Irradiada

43 - Data da Aplicação

44 - Observação / Justificativa



45 - Número de Ciclos Previstos	46 - Ciclo Atual	47 - Nº de dias do Ciclo Atual	48 - Intervalo entre Ciclos (em dias)	49 - Data da Solicitação	50 - Assinatura do Profissional Solicitante	51 - Assinatura
99	40	1	7	16/10/2024	CTOP	

