



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 00071024114620563758



1 - Registro ANS 344885		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89599021						
4 - Data da Autorização 14/10/2024		5 - Senha 179286929		6 - Data da Validade da Senha 13/11/2024				
<b>Dados do Beneficiário</b>								
7 - Número da Carteira 09942331511942015			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN N			
50 - Nome Social								
10 - Nome DANIELLY GARCES BEZERRA								
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>								
12 - Código na Operadora 110722		13 - Nome do Contratado Jose Fernandes Arteiro Neto						
14 - Nome do Profissional Solicitante Jose Fernandes Arteiro Neto		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número no Conselho 11072		17 - UF PE	18 - Código CBO 225270	
<b>Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação</b>								
19 - Código na Operadora / CNPJ 180093180		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Hospital Unimed Recife III - Torre 2			21 - Data sugerida para internação 07/10/2024			
22 - Caráter do Atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2	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 fratura E								
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) 9
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>								
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição		37 - Qtde Solic		38 - Qtde Aut
01- [22]		31403026		Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos		1		1
02- [22]		30713137		Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) - orientada ou não por método de imagem		1		1
03- [22]		20103301		Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)		1		1
04- [18]		60000651		DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD		1		1
05- [ ]		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]
06- [ ]		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]
07- [ ]		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]
08- [ ]		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]
09- [ ]		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]
10- [ ]		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]
11- [ ]		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]
12- [ ]		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]
<b>Dados da Autorização</b>								
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1		41 - Tipo de Acomodação Autorizada 13				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 180093180		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Hospital Unimed Recife III - Torre 2				44 - Código CNES		
45 - Observação / Justificativa AUTORIZADO ANESTESISTA + MATERIAL EM ANEXO.								
46 - Data da Solicitação 07/10/2024		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

