

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° Guia Prestador

ro ANS	3 - Data de Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
--------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

Beneficiário		8 - Plano	9 - Validade da Carteira
ro da Carteira 0418446006			29/05/2023

e DSON CELESTINO DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------	--	---

Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
go na Operadora / CNPJ / CPF			

e do Profissional Solicitante IO SOARES LUSTOSA		16 - Conselho Profissional 10	17 - Número no Conselho 15941	18 - UF 26	19 - Código CBO S 225285
--	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------

Contratado Solicitado / Dados da Internação		21 - Nome do Prestador
go na Operadora / CNPJ		

ter da Internação		23 - Tipo da Internação 02
-------------------	--	-------------------------------

me de Internação		25 - Qtd. Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S
------------------	--	------------------------------------	-----------------------------------

ação Clínica CARCINOMA DE PROSTATA, GLEASON 3+4, PSA 4	
---	--

s Diagnósticas		29 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	30 - Indicação de Acidente 9
Doença			

0 Principal	32 - CID 10 (2)	33 - CID 10 (3)	34 - CID 10 (4)
-------------	-----------------	-----------------	-----------------

mentos Solicitados		36 - Código do Procedimento 87024500	37 - Descrição PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA	38 - Qtde. Solicit 1	39 - Qtde. Aut
--------------------	--	---	---	-------------------------	----------------

icitados		41 - Código do OPM	42 - Descrição OPM	43 - Qtde.	44 - Fabricante	45 - Valor Unitário R\$
----------	--	--------------------	--------------------	------------	-----------------	-------------------------

e Autorização		47 - Qtde. Diárias Autorizadas	48 - Tipo de Acomodação Autorizada
Provável da Admissão Hospitalar			

go na Operadora / CNPJ		50 - Nome do Prestador Autorizado	51 - Código CNES
------------------------	--	-----------------------------------	------------------

ervação	
---------	--

e Assinatura do Médico te Dr. Eugênio Lustosa Urologia CRM - 15941		54 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	--	---	--

1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
----------------------------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira	8 - Nome
0345500418446006	JOSE EDSON CELESTINO DOS SANTOS

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail
EUGENIO SOARES LUSTOSA		

**Dados da Cirurgia**

---

**12 - Justificativa Técnica**

OPME Solicitadas	14-Código do Material	15-Descrição	16-Opção	17-Atue Solicitada	18-Valor Unitário Solicitado	19-Qtdte. Autorizada	20-Valor Unitário Autorizado
13- Tabela							
24- D-Atividade							
25- Atividade do Material							
		22- Referência do material no fabricante		23- Nº Autorização de Funcionamento			

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

26 - Data de emissão	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
<p>Dr. Eugenio L. de          Rodrigues          CPF: 115941</p>	