

## HOSPITAL CHUR TORRE II

PACIENTE:	JOSE CRIST	JOSE CRISTOVAO URBANO DA SILVA FILHO					PRO	PRONTUÁRIO:			0000178109			
DATA DE NASCIMENTO:		29/1	29/11/1993				IDA	IDADE: 30			SEXO	):	MASCULINO	
DATA DE ATENDIMENTO: 25		25/0	25/06/2024					ATENDIMENTO: 407			4071470	)71470		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·														
GUIA DE INTERNAÇÃO INICIAL														
REGISTRO ANS	5	DATA D	A SOLICIT	AÇÃO SENHA DA				ATA VALIDADE SENHA				DATA EMISSÃO GUIA		
ANS - N° 34.488-5														
NÚMERO DA CA	ARTEIRA			PLANO				VAI				E DA	A CARTEIRA	
0343305001267006				UNIREDE RECIFE BASICO				1				202!	5	
NOME DO PACI	ENTE							No			CARTÃO DE SAÚDE NACIONAL			
JOSE CRISTO	OVAO URBAN	O DA SII	_VA FILHO	0										
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE														
CÓDIGO DA OP	PERADORA/CP	F/CNPJ		NOME DO CONTRATADO								CĆ	ÓDIGO CNES	
			_											
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE														
LUIZ FELIPE ALBANEZ FALCAO  CÓD. CONSELHO REGIONAL NÚMERO DO CONSELHO UF CÓDIGO CBOS														
CRM	IO REGIONAL			14773		UF		COD	IGO CBOS	)				
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE / DADOS DA INTERNAÇÃO CÓDIGO DA OPERADORA/CNPJ NOME DO PRESTADOR														
CODIGO DA C	PERADORA	CINFO		NOME DO	FRESTADOR									
CARÁTER DA	INTERNAÇÃO	)	-	ERNAÇÃO										
O E - ELET	IVA <b>O</b> U	- URGÊN	CIA (	CLÍNICA	O CIRÚR	GICA O	PEDIA	ÁTRIC	Α (	<b>o</b> c	BSTÉTRI	CA	O PSÍQUICA	
REGIME DA IN	NTERNAÇÃO					QUANTID	ADE DE	DIÁR	IAS SOL	ICITA	ADA			
• HOSPITA		<b>О</b> но	SPITAL	<b>O</b> DO	OMICILIAR	-								
INDICAÇÃO C	LÍNICA													
EXTENSO FE	RIMENTO +	LESÃO E	XPOSTA D	OO EXTENSOR	RES DOS DEDO	OS EM MÃO	DIREITA	A > 12	H DE E	/OLU	ÇÃO			
040 <del>1</del> ====================================					HIPÓTESES D		\S							
-				D DOENÇA REFERIDA PELO PACIENTE				INDICAÇÕES DE ACIDENTES						
O AGUDA O CRÔNICA  CID 10 PRINCIPAL				CID 10 (2)				O ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO						
		UTRAS P	ARTES	CID 10 (2)				- TRÂNCITO						
S618 - FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO								• TRÂNSITO						
CID 10 (3)				CID 10 (4)				O OUTROS						
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS														
TABELA		ÓDIGO	l DE	ESCRIÇÃO							RICANTE		VALOR UNIT.	
30101786		30	0101786  Sutura de extensos ferimentos			os	۷, ۵		. , , , , ,			7,201,01111		
			<del>  cc</del>	com ou sem desbridamento										
					PACC	OTES								

HOSPITAL CHUR TORRE II CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

FONE: (81) 3320-7500



## HOSPITAL CHUR TORRE II

PACIENTE:	JOSE CRISTO	VAO URBAN			PRONTUÁ	ÁRIO:	0000178109						
DATA DE NASCIMENTO: 29/1			29/11/1993					30	S	SEXO: MASCULINO			
DATA DE ATENDIMENTO: 25/06/2			5/2024				ATENDIM	IENTO:	4071470				
		•							•				
TABELA	CÓDIGO		DESCRIÇÃO				QTE	) F	ABRICA	NTE	VALOR UNIT.		
											1		
				OPME SOL	ICITADO	os							
TABELA CÓDIGO		GO .	DESCRIÇÃO				QTD	FABRICANTE			VALOR UNIT.		
	<u> </u>			DADOS DA AL	UTORIZ	4ÇÃO	•	•		•			
DATA DA PROV	/ÁVEL ADMISS/	ÃO HOSPITA	ALAR	QTDE DIÁRIA	S AUTOR	IZADAS	5	TIPO DA A	COMOD	AÇÃO A	AUTORIZADA		
CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ			NOME DO PI	NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO				CÓDIGO CNES					
OBSERVAÇÕES	 6		•						•				
DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO						RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO							
Z Z / LOZIII / LOZI O I LOZI O I LOZI O I LOZI NO I O I LIZANO						The state of the s							
DATA F ASSINA	TURA DO RESPO	NSÁVEL PELA	A AUTORIZAÇÃO										
			.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,										
				PRORRO									
DATA SENHA RES		SPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO			CÓDIO	GO ACOMO		DAÇÃO Q <sup>-</sup>		TD AUTORIZADA			
TABELA CÓD. PROCEDIMEN			ITO DESCRIÇÃO					QTD			QTD		
TABELA	CÓDIGO OP	ME	DESCR	DESCRIÇÃO							FABRICANTE		
VALOR UNITÁ	RIO (R\$)		•					-					

HOSPITAL CHUR TORRE II CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

DATA/HORA PREENCHIMENTO

25/06/2024 00:54:50

JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030

**PRESTADOR** 

FONE: (81) 3320-7500

LUIZ FELIPE ALBANEZ FALCAO CRM - 14773

CONSELHO