



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 00100924085006750979

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| 1 - Registro ANS 344885 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 88735875 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 10/09/2024 | 5 - Senha 178727850 | 6 - Data da Validade da Senha 10/10/2024 | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 00342673000186000 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento a RN N | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | |
| 10 - Nome Monica Vieira De Melo Guarize | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 110099995 | 13 - Nome do Contratado Uso Hospitalar | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante Uso Hospitalar | 15 - Conselho Profissional CRM | 16 - Número no Conselho 11009999 | 17 - UF PE | 18 - Código CBO 999999 | |
| 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 10/09/2024 | |
| 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 Reconstrução mamamria | | | | | |
| 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 | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | | | | | |
| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut | |
| 01- 22 | 30602327 | Substituição de prótese | 1 | 1 | |
| 02- 22 | 30101310 | Enxerto composto | 1 | 1 | |
| 03- 22 | 30602173 | Mastoplastia em mama oposta após reconstrução da contralateral | 1 | 1 | |
| 04- 18 | 60034068 | DIARIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD | 1 | 1 | |
| 05- | | | | | |
| 06- | | | | | |
| 07- | | | | | |
| 08- | | | | | |
| 09- | | | | | |
| 10- | | | | | |
| 11- | | | | | |
| 12- | | | | | |
| EQUIPE MEDICA DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO | | | | | |
| Dados da Autorização | | | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de Acomodação Autorizada 13 | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 110090394 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Real Hospital Portugues | | | 44 - Código CNES | |
| 45 - Observação / Justificativa AUT. ANESTESISTA + USO HOSPITALAR. HONORARIO DE RESPONSABILIDADE DA PACIENTE. | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação 10/09/2024 | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | |

