



**HOSPITALAR**

PLANO DE SAÚDE  
Desde 1967

Rua Senador Souza Naves, 1922  
Londrina - PR  
CEP 86015-430  
Fone: (43) 3315-1900

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

### Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira	6 - Data de Emissão da Guia
10 - Nome completo <b>LUIZ EDUARDO F. FREDIANI</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	

### Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
	18 - UF	19 - Código CBO S

### Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>
26 - Indicação Clínica <b>LESÃO ALÇA BASTE MENSUO LATERAL</b>	

### Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)
		33 - CID (4)

### Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>30433065</b>		<b>SUTURA MENSUO</b>		
2- <b>30433065</b>				
3- <b>30433065</b>				
4- <b>30433065</b>				
5- <b>30433065</b>				

### OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- <b>30433065</b>		<b>1 SUTURA</b>			
2- <b>30433065</b>		<b>4 KITS SUTURA MENSUO</b>			
3- <b>30433065</b>		<b>CRISTAL</b>			
4- <b>30433065</b>					
5- <b>30433065</b>					

### Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada	50 - Código CNES
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado		
51 - Observações			
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>Dr. Joao Paulo F. Guerreiro</b> Ortopedia e Traumatologia		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			