

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 31.292-4	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira ____	8 - Plano Saúde CAIXA	9 - Validade da Carteira ____/____/____		
10 - Nome Osny Severina Martins		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado Univorte		14 - Código CNES ____	
15 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 17205	18 - UF PR
19 - Código CBO S ____				
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
20 - Código na Operadora / CNPJ ____	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 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 type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0			
26 - Indicação Clínica DUR + Instabilidade patelar pos trauma				
Hipóteses Diagnósticas				
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ A-Anos M-Meses 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 10 Principal 583.0	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____	
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela 1- 3073 3103 2- 3073 3030 3- 3073 1216 4- TX VITAO 5- Bandagem + 1 lençol	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut	
OPM Solicitados				
39 - Tabela 1- 1 2- 2 3- 3 4- 4 5- 5	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante
		44 - Valor Unitário R\$		
1 punção intra femur Biorbonec 2 Ancores monobloc Biorb. Lençol sobre o lençol Radiofreio punção				
Dados da Autorização				
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____		
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____		50 - Código CNES ____	
51 - Observação ____				
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905				
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____		