



HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE
Desde 1967

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° | | | | | | | | | |

1 - Registro ANS 326755	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário / Paciente

Dados do Beneficiário / Paciente		
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira

10 - Nome completo
Constança Pereira Campos Vazquez

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
Eduardo C. F. Martins Odontólogo	Odontologia	22343	AL	

Dados do Contratado Solicitados Dados da Interação

Dados do Contratado e Dados da Interação	
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador WEL

22 - Caráter da Interação ☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

24 - Regime de Internação
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

26 - Indicação Clínica

2º plano vaginal, com sobrecarga mecânica
e lesão vaginal. 2º estágio.

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença 28 - Tempo de Doença 29 - Indicação de Acidente

☐ A - Aguda C - Crônica ☐ - ☐ A - Anos M - Meses D - Dias ☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID Principal 5934	31 - CID (2) m659	32 - CID (3)	33 - CID (4)
----------------------------	----------------------	--------------	--------------

Procedimientos Solicitados

Procedimentos Solicitados			37 - Qtdn. Solic.	38 - Qtdn. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- _____	30729220	Trat. Cir. de 2º plano	01	
2- _____	30731119	Tratamento de trauma	01	
3- _____				
4- _____				
5- _____				

OPM Solicitados

OPM Solicitados					
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		Interfusão cano 22mm 7.0	(02)		
2-		Arquivo 300 T hook	(02)		
3-		Interfusão Interfusão 22mm 6.0	(01)		
4-		300 11-21	(01)		
5-		Warming Micro Screen	(01)		

Dados da Autorização

Dados da Autorização		
45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código Cl
---------------------------------------	-----------------------------------	----------------

51 - Observações: ZONE-CROSS: Arthem, Chiusa C-
Mesa mesa.

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ Dr. Cesar Eduardo G. F. Martins Alergia e Imunologia CRM-PR 22443	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
---	---	--

2020007
10000