

99155 9150 -

TX 120


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

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

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
10 - Nome completo TAKASHI ONO JUNIOR		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 HEL	
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	

26 - Indicação Clínica

LESÃO DO MEMBRO DIREITO (E)

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 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. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1- _____	30733065	REPARO MEMBRO		
2- _____		I TAXA VIDEO		
3- _____				
4- _____				
5- _____				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____		1 LAMPA SHAPER			
2- _____		2 FIOS AGULHADOS PI			
3- _____		SUTURA MEMBRO ZONA ESPECIFICA			
4- _____					
5- _____					

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 CNES

51 - Observações

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28.617

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante [Assinatura]	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura]	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização [Assinatura]
---	--	---