

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 0100 323 2 000 312 67				8 - Plano Saúde CAIXA		9 - Validade da Carteira ____/____/____			
10 - Nome Alcides F da Silva						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____			
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF ____				13 - Nome do Contratado ____				14 - Código CNES ____	
15 - Nome do Profissional Solicitante Marcus V. Danielli				16 - Conselho Profissional ____		17 - Número no Conselho ____		18 - UF ____	
19 - Código CBO S ____									
Dados do Contratado Solicitante / 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 07					
26 - Indicação Clínica lesão meniscal / condil frouxo D									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 2m <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 10 Principal S83		31 - CID 10 (2) ____		32 - CID 10 (3) ____		33 - CID 10 (4) ____			
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut	
1- 30B3065				exame menisco				01	
2- 30B3030				condoplastia				01	
3- 30B3030				tx de vitor				01	
4- 30B3030									
5- 30B3030									
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
1- 30B3030				Port sterno		01			
2- 30B3030				" Absor		01			
3- 30B3030									
4- 30B3030									
5- 30B3030									
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. Marcus V. Danielli Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734			53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável Alcides F. da Silva			54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____			