



**HOSPITALAR**  
PLANO DE SAÚDE

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

LUCAS DAS DO PRADO

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

☒ E - Eletiva U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de internação

☒ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

☒ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

HEL

26 - Indicação Clínica

LESÃO CRÔNICA DO LCA c/ PIVOT EXPLOSIVO,  
LESÃO COMPLEXA MEMBRANO MANT, LESÃO OSTEO  
CONDILA

### Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença

☐ A - Aguda C - Crônica

28 - Tempo de Doença

☐ A - Anos M - Meses D - Dias

29 - Indicação de Acidente

☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

JOÃO PAULO

DIETIC

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-	30732073	LCA		
2-	30731216	ENXERTO FLEXORES		
3-	30726190	LIGAMENTO ANTERIOVENTRAL		
4-	30731216	ENXERTO TÍLIO ILIOTIBIAL		
5-	30733065	MEMBRANO MANT		
	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA		
		1 TAXA VIDEO		

### OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		1 CANAL SHAVE			
2-		1 PUNTA ENDOSCOPIA			
3-		1 PLANTAO INTERFERENCIA			
4-		1 ANCLA MONTADA			
5-		1 PTO PARA RESISTENCIA			

### 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

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 28617

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização