



FUNDAÇÃO COPEL

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº

42646

1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização _/_/__/__	4 - Senha _/_/__/__	5 - Data Validade da Senha _/_/__/__	6 - Data de Emissão da Guia _/_/__/__
-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------	---	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0106130535	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira _/_/__/__
---	------------------------------	---------------------------------------

10 - Nome Cláudia Terezinha Baptista Ferreira	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 D. Rodrigo S. Medeiros	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 26.535	18 - UF PR	19 - Código CBO S _/_/__/__
--	--	--	----------------------	--------------------------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ _/_/__/__	21 - Nome do Prestador Hospital de Referência - Bela Sinja
--	--

22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
---	---

26 - Indicação Clínica Paciente apresentando lesões em ambas as mãos demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirúrgico.

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 10/12/11 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 M45.1	31 - CID 10 (2) _/_/__/__	32 - CID 10 (3) _/_/__/__	33 - CID 10 (4) _/_/__/__
---------------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Au
1- _/_/	30735068	Ruptura do manufato rotador	02	_/_/
2- _/_/	30735033	Lixamoplastia	02	_/_/
3- _/_/	30735084	Ressecção lateral do dorso da	02	_/_/
4- _/_/	30735092	Tenotomia / Tenólise do Biceps	02	_/_/
5- _/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _/_/	_/_/	lâmina de shaver	02	_/_/	_/_/
2- _/_/	_/_/	Recortes joelho rot	04	_/_/	_/_/
3- _/_/	_/_/	placa de fixação	02	_/_/	_/_/
4- _/_/	_/_/	câmbio artroscópico	02	_/_/	_/_/
5- _/_/	_/_/	agulha de manufato	02	_/_/	_/_/

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 20/09/11 Rodrigo S. Medeiros	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/__/__	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/__/__
--	--	---