



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 Luís Cezar Bittencourt | | 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 Marcus V. Danielli | 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 <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 07 |

26 - Indicação Clínica

lesão lcs / manuseio fecho ER

Hipótese Diagnóstica

| | | |
|---|---|---|
| 27 - Tipo de Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | 28 - Tempo de Doença <input checked="" 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 Principal S83 | 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- | 30B3013 | reconstrução lcs | 01 | |
| 2- | 30B1216 | transposição tendão pto. anterior | 01 | |
| 3- | 30B3065 | ligamento meniscal | 01 | |
| 4- | | te de vdr | 01 | |
| 5- | | | | |

OPM Solicitados

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|--------------------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1- | | placa emb button | 01 | | |
| 2- | | parafuso interf | 01 | | |
| 3- | | parafuso chave | 01 | | |
| 4- | | fio de alta resistência | 03 | | |
| 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

| | | |
|---|---|--|
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. Marcus V. Danielli | 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização |
|---|---|--|

Dr. Marcus V. Danielli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM/PR 18.734