



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		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado <i>Juliano M. Souza</i>	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 <input 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

26 - Indicação Clínica <i>Heolux Jalgo Bivantal + Sante S / metformina</i>

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> J - <input type="checkbox"/> 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 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- <i>3072 9281</i>		<i>Heolux Jalgo 2x</i>		
2- <i>3072 9203</i>		<i>metformina 4x</i>		
3- <i>3073 1119</i>		<i>fenacetina 2x</i>		
4- _____				
5- _____				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____		<i>GlaxoSmithKline</i>			
2- _____		<i>GlaxoSmithKline</i>			
3- _____		<i>GlaxoSmithKline</i>			
4- _____		<i>GlaxoSmithKline</i>			
5- _____		<i>GlaxoSmithKline</i>			

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 ____/____/____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
--	---	--

Paciente: **JULIANA MARCIA DE SOUZA**

Data do nascimento: 09/08/1978

Data do exame: 19/01/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Leve hálux valgo.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Leve hálux valgo.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR