



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 Marcos Vinícius F. Campos	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado Marcos Vinícius F. Campos	14 - Código CNES
---------------------------------------	---	------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante Marcos V. Daniel	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 - Caracter da Internação E E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação 1 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
---	--

24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01
---	---

26 - Indicação Clínica lesão meniscal/condil fclb na
--

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença A A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença 20 A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
---	---	---

30 - CID Principal S3	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- 30B305		Artroscopia	01	
2- 30B3030		Condiloplastia	01	
3- 30B3030		Artroscopia	01	
4- 30B3030		Artroscopia	01	
5- 30B3030		Artroscopia	01	

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- 30B3030		Pom. Shox	01		
2- 30B3030					
3- 30B3030					
4- 30B3030					
5- 30B3030					

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

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

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante [Assinatura]	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--