

consult for due 07/12/72



PLANO DE SAÚDE
Desde 1967

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° | | | | | | | | | |

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
Flêniz Acinhe de Souza	

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
<i>[Handwritten Signature]</i>				

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
---------------------------------------	------------------------

22 - Caráter da Informação	23 - Tipo de Informação
1 - Geral 2 - Clínica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	1 - Geral 2 - Clínica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

26 - Indicação Clínica

Agro misal / ortokondal feel on

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença A - Acutia C - Crônica	28 - Tempo da Doença 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	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)
--------------------	--------------	--------------	--------------

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela		35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1-		30133049	OUTROSONDOPHIA	01	
2-		30133052	MANTENCAO	01	
3-					
4-			EX DE VIDE	01	
5-					

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitar
1- _____	_____	<i>paralelismo shaver</i>	<i>01</i>	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____	_____
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 CN
---------------------------------------	-----------------------------------	----------------

51 - Observações

01 - CUBES PAPER

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

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