



Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº 7564627

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 Mário Antonio B. Barros Almeida 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 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 21 - Nome do Prestador HEL
22 - Caráter da Internação ☐ E - Eletiva U - Urgência/Emergência 23 - Tipo de internação ☐ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação ☐ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Indicação Clínica

Lesões ligamentares e instabilidade torácica

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença ☐ A - Aguda C - Crônica 28 - Tempo de Doença ☐ A - Anos M - Meses D - Dias 29 - Indicação de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID Principal M41.2 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- 30734053 Descompressão de fratura 3x		
2- _____		
3- _____		
4- _____		
5- _____		

OPM Solicitados

39 - Tabela 40 - Código do OPM 41 - Descrição OPM	42 - Qtde. 43 - Fabricante	Valor unitário
1- Isolam		
2- 2 enemas 3.0		
3- 2 post lock		
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 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