

7551704


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 Elizabeth A. Taker	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 Dr. Carlos A. S. Carneiro Médico CRM/PR 29716	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 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 01
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

26 - Indicação Clínica Lesão de mangito rotada ombro ESQ

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input 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 M75.1	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-	30235084	Reparo mangito rotada		
2-	30235033	Acromioplastia		
3-	30235024	Ressecção labial claudicante		
4-				
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		Âncora abromuvel 2.9	03		
2-		S. Haver	02		
3-		Canais	01		
4-		eletrocardiograma	01		
5-		ginec. funcional pr. estéril	01		

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 02/02/24 Dr. Carlos A. S. Carneiro Médico CRM/PR 29716	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Responsável Técnico: Dr. Jefferson Luiz Padilha - CRM-PR 13482/RQE 9972- Serviços de Radiodiagnóstico: CRM-PR 2064

A interpretação do resultado deste(s) exame(s) e a conclusão diagnóstica são atos médicos, dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames do(a) paciente.