

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

[illegible]

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| 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 AMANDA K. O. FREITAS | | 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 S |

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Interação

| | | | |
|---|--|---|--|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | | 21 - Nome do Prestador | |
| 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 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas |
| 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | |

26 - Indicação Clínica

ENTORSE JOELHO CL LIG DO LCA
LIG LANTO, LIG GRAVE MENOR,
LIG CL LIG 2

Hipótese Diagnóstica

| | | | | | |
|---|--------------|---|--------------|---|--|
| 27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica | | 28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 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- | 30+33073 | RECONSTRUÇÃO LCA | | |
| 2- | 30731216 | EXCORTO TENDÃO | | |
| 3- | 30+36130 | RECONSTRUÇÃO LCA | | |
| 4- | 30731216 | EXCORTO | | |
| 5- | | ENTRADA MEMBRO | | |

OPM Solicitados

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|--------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1- | | 1 TATIA VIDEO | | | |
| 2- | | 1 SHAWL | | | |
| 3- | | 1 PANTFLO INTERF. | | | |
| 4- | | 1 PUA EROBOTON | | | |
| 5- | | 1 KTS PELAÇO MANGA | | | |

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

| | | |
|---|--|---|
| <p>52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p>____/____/____</p> | <p>53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>____/____/____</p> | <p>54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p>____/____/____</p> |
|---|--|---|