



PLANO DE SAÚDE

**Hospitalar****GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia Prestador 000000000000

|   |  |   |  |                               |  |                                    |  |                              |  |  |  |
|---|--|---|--|-------------------------------|--|------------------------------------|--|------------------------------|--|--|--|
| 1 - Registro ANS<br>326755  |  | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>000000000000     |  |                               |  |                                    |  |                              |  |  |  |
| 4 - Data da Autorização   |  | 5 - Senha   |  | 6 - Data de Validade da Senha |  |                                    |  |                              |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   |  |   |  |                               |  |                                    |  |                              |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |  | 8 - Validade da Carteira  |  | 9 - Atendimento a RN          |  |                                    |  |                              |  |  |  |
| 10 - Nome<br>MARCOS PAULOSSI SANCHEZ  |  |   |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde |  |                                    |  |                              |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante   |  |   |  |                               |  |                                    |  |                              |  |  |  |
| 12 - Código na Operadora  |  | 13 - Nome do Contratado<br>Dr. Paulo Marcel Yoshiji             |  |                               |  |                                    |  |                              |  |  |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>Cirurgia da Mão<br>CRM/PR 18504  |  | 15 - Conselho Profissional                                      |  | 16 - Número do Conselho       |  | 17 - UF                            |  | 18 - Código CBO              |  |  |  |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  |  |   |  |                               |  |                                    |  |                              |  |  |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ   |  | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br>H. SANTA CASA CAMBÉ |  |                               |  | 21 - Data sugerida para Internação |  |                              |  |  |  |
| 22 - Caráter de Atendimento<br>U  |  | 23 - Tipo de Internação   |  | 24 - Regime de Internação     |  | 25 - Qtde. diárias Solicitadas     |  | 26 - Previsão de uso de OPME |  | 27 - Previsão de uso do Quimioterápico |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>trauma pulso e dor no b.c.,<br>desvio, incontinência de flexão e<br>extensão, parestesia do dedo médio. |  |   |  |                               |  |                                    |  |                              |  |  |  |

|  |                          |                          |                          |   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 29 - CID10 Principal (opcional)<br>S52.5 | 30 - CID10(2) (opcional) | 31 - CID10(3) (opcional) | 32 - CID10(4) (opcional) | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela                  | 35 - Código do Procedimento ou item assistencial | 36 - Descrição             | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|------------------------------|--|----------------------------|-------------------|-----------------|
| 1- <input type="checkbox"/>  | 3011210295                                       | 1º e 2º curativos          | 01                | 01              |
| 2- <input type="checkbox"/>  | 31403239   | curativos                  | 01                | 01              |
| 3- <input type="checkbox"/>  |  |                            |                   |                 |
| 4- <input type="checkbox"/>  |  |                            |                   |                 |
| 5- <input type="checkbox"/>  |  |                            |                   |                 |
| 6- <input type="checkbox"/>  |  |                            |                   |                 |
| 7- <input type="checkbox"/>  |  |                            |                   |                 |
| 8- <input type="checkbox"/>  |  |                            |                   |                 |
| 9- <input type="checkbox"/>  |  |                            |                   |                 |
| 10- <input type="checkbox"/> |  | placa bloqueadora do pé    | 01                | 01              |
| 11- <input type="checkbox"/> |  | perfusão bloqueadora do pé | 01                | 01              |
| 12- <input type="checkbox"/> |  |                            |                   |                 |

|  |  |   |  |                               |  |                                    |  |
|--|--|---|--|-------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Dados da autorização                       |  | 39 - Data provável da Admissão hospitalar |  | 40 - Qtde Diárias Autorizadas |  | 41 - Tipo da acomodação autorizada |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado |  | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  |  |                               |  | 44 - Código CNES                   |  |

|                                 |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|
| 45 - Observação / Justificativa |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| 46 - Data da Solicitação<br>11/11/2026 |  | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Dr. Paulo Marcel Yoshiji<br>Cirurgia da Mão<br>CRM/PR 18504 |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|