

99669.2033

FUNDAÇÃO COPEL



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2

Nº

326604

1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	---	-------------------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira ____	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome Mta de Rosma Silo Barbosa		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. M. M. M. M.	16 - Conselho Profissional per	17 - Número no Conselho 21679
18 - UF 2		19 - Código CBO S ____

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador Unimed
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 10.11.9
26 - Indicação Clínica frat / alage	

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 10.9 <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 10 Principal S626	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____
33 - CID 10 (4) ____		

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-____	307.224.11	16 fratura / alage	____	____
2-____	____	____	____	____
3-____	____	____	____	____
4-____	____	____	____	____
5-____	____	____	____	____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-____	____	fix de K	03	____	____
2-____	____	____	____	____	____
3-____	____	____	____	____	____
4-____	____	____	____	____	____
5-____	____	____	____	____	____

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código CNES ____

51 - Observação

51 - Observação _____ _____ _____		
--	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _____ _____ _____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ _____ _____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _____ _____ _____
---	--	---

Paciente: RITA DE CASSIA SILVA BARBOSA
Data do nascimento: 26/08/1962
Data do exame: 20/11/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA (5º DEDO)

Análise:

Fratura / avulsão na base da falange distal do 5º dedo.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR