

**HOSPITALAR**PLANO DE SAÚDE  
Desde 1967Rua Senador Souza Naves, 1922  
Londrina - PR  
CEP 86015-430  
Fone: (43) 3315-1900**GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO**2 - Nº 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Registro ANS <b>326755</b>	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 <b>WILLIAM C. OLIVEIRA</b>		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 Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador <b>EUNANGELICO</b>
---------------------------------------	--

22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input checked="" 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 <b>02</b>
---	---

26 - Indicação Clínica <b>ARTROSE GLENO HUMERAL DIREITA SEGUNDA FALCULA FEMUR.</b>
---

## 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	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- _____	_____	<b>PROTESE TOTAL</b>	_____	_____
2- _____	_____	<b>JOELHO</b>	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

## OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	<b>1 KIT PROTESE TOTAL</b>	_____	_____	_____
2- _____	_____	<b>JOELHO</b>	_____	_____	_____
3- _____	_____	<b>1 PACOTE CINTO ORTOPEDIA</b>	_____	_____	_____
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  <b>Dr. Joao Paulo F. Guerreiro</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>CRM/PR 28617</b>
---

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