

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 31.292-4		5 - Data Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira 0.10.88.8.8.953001964		8 - Plano Saúde CAIXA		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome WILSON SFEIR				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratante					
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado		14 - Código CNES	
15 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - CBO	
Dados do Contratado					
21 - Tipo de Internação		22 - Tipo de Internação			
<input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		<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 - Qtd. Diárias Solicitadas 02			
26 - Indicação Clínica AMIOSE GLAVE à DIREITA					
Hipóteses Diagnósticas					
27 - Tipo de Acidente		28 - Tempo decorrido entre o acidente e a solicitação		29 - Indicação de Acidente	
<input type="checkbox"/> 1 - Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> 2 - Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> 3 - Acidente de Viação <input type="checkbox"/> 4 - Acidente de Trabalho em Casa <input type="checkbox"/> 5 - Acidente de Trabalho em Viação		<input type="checkbox"/> 1 - Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> 2 - Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> 3 - Acidente de Viação <input type="checkbox"/> 4 - Acidente de Trabalho em Casa <input type="checkbox"/> 5 - Acidente de Trabalho em Viação		<input type="checkbox"/> 1 - Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> 2 - Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> 3 - Acidente de Viação <input type="checkbox"/> 4 - Acidente de Trabalho em Casa <input type="checkbox"/> 5 - Acidente de Trabalho em Viação	
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)	
33 - CID 10 (4)		34 - CID 10 (5)		35 - CID 10 (6)	
Procedimentos Solicitados					
36 - Descrição PROTESE TOTAL JOELHO		37 - Qtd. Solicit 38 - Qtd. Aut			
39 - Descrição		40 - Qtd. Solicit 41 - Qtd. Aut			
42 - Descrição		43 - Qtd. Solicit 44 - Qtd. Aut			
45 - Descrição		46 - Qtd. Solicit 47 - Qtd. Aut			
48 - Descrição		49 - Qtd. Solicit 50 - Qtd. Aut			
OPM Solicitados					
51 - Descrição		52 - Qtd. Solicit 53 - Qtd. Aut			
54 - Descrição		55 - Qtd. Solicit 56 - Qtd. Aut			
57 - Descrição		58 - Qtd. Solicit 59 - Qtd. Aut			
60 - Descrição		61 - Qtd. Solicit 62 - Qtd. Aut			
Dados da Autorização					
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar		46 - Qtd. Diárias Autorizadas		47 - Tipo da Acomodação Autorizada	
48 - Código na Operadora / CNPJ		49 - Nome do Prestador autorizado		50 - Código CNES	
51 - Observação					
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617					
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			