

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 31.292-4		3 - Data da Autorização ____/____/____		4 - Senha ____		5 - Data Validade da Senha ____/____/____		6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	
Dados do Beneficiário				8 - Plano Saúde CAIXA		9 - Validade da Carteira ____/____/____			
7 - Número da Carteira 0 105 70604 1000152									
10 - Nome Ligia Maria Soares Tramin						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____			
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____				13 - Nome do Contratado União				14 - Código CNES ____	
15 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905				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 ____				21 - Nome do Prestador ____					
22 - Caráter da Internação <input 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 type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____					
26 - Indicação Clínica Dor + limitação de PLANO SI melhora com fisioterapia									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <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 M23.2		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- ____		3073 3065		Vina pl/medula				____	
2- ____		3073 3049		Vina pl/osteocondral				____	
3- ____		3073 3022		Vina pl/sinovectomia parcial				____	
4- ____				TX VINA				____	
5- ____								____	
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde		43 - Fabricante	
1- ____				1. Laminoplastia		01		____	
2- ____				2. Laminectomia		01		____	
3- ____				3. Laminectomia		01		____	
4- ____								____	
5- ____								____	
44 - Valor Unitário R\$									

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 ____ ____ ____									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905				53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura]				54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____ ____	