



Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

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

1 - Registro ANS 326755	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 ROBERTO F. QUEIROZ	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado HEL	14 - Código CNES		
15 - Nome do Profissional Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR: 28617	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 28617	18 - UF	19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador H. EVANGELINO
22 - Caráter da Internação E E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação 1 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02

26 - Indicação Clínica ARTROSE NOS JOELHOS COM GLAUCOMA e DEFORMIDADE à DIR

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 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID Principal M17.9	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- _____	30726034	PROTESE TOTAL		
2- _____		JOELHO		
3- _____				
4- _____				
5- _____				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____		1 kg PROTESE			
2- _____		TOTAL JOELHO			
3- _____					
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

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM 28.617		53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
____/____/____		____/____/____	____/____/____