

Ana



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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

HOSPITALAR

PLANO DE SAÚDE
Desde 1967

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

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

LUIZ CARLOS PIALARICE GIORDANO

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
19475

18 - UF

19 - Código CBO S

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

CRM

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação

23 - Tipo de internação

PR

☐ E - Eletiva U - Urgência/Emergência

☐ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

2

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

☐ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

26 - Indicação Clínica

2

**LESÃO DO MANGUITO ROTADOR D NECESSITANDO REPARO,
SÍNDROME DO IMPACTO c/ INDICAÇÃO DE ACROMIOPLASTIA**

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença

28 - Tempo de Doença

29 - Indicação de Acidente

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

30 - CID Principal

31 - CID (2)

32 - CID (3)

33 - CID (4)

Procedimentos Solicitados

M75.1

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento

36 - Descrição

37 - Qtde. Solic.

38 - Qtde. Aut.

1-
2- **30735068**
3- **30735033**
4-
5-

RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR 1
ACROMIOPLASTIA 1
RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA 1

OPM Solicitados

30735084

39 - Tabela

40 - Código do OPM

41 - Descrição

taxa video

42 - Qtde.

43 - Fabricante

44 - Valor unitário

1-
2-
3-
4-
5-

ANCORAS 5MM C/2 FIOS 3
PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) 2
PONTEIRA RADIOFREQUENCIA monopolar 1
EQUIPO 4 vias 1

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

Revisão: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante
Dr. Daniel F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TEO 9918

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização