



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

[illegible]

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 Nathaniel Asencio		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

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação	

24 - Regime de Internação
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

26 - Indicação Clínica

Ruptura LCA + Sinovite joelho

Hipótese Diagnóstica

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> J - <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias		29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)		

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- _____	_____	✓ Reconstrução LCA	1	_____
2- _____	_____	1. Inspeção de mais de 1 terreno	1	_____
3- _____	_____	Sinopse em papel	1	_____
4- _____	_____	Taxa de vídeo	1	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

OPM Solicitados

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtd	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	Latina de shaver	1	_____	_____
2- _____	_____	Exodontia	1	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	Kit Fuso de Interferência	1	_____	_____

Dados da Autorização

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	
51 - Observações	50 - Código CNES	

51 - Observações

Guilherme J. M. Piovesana

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante: <u>Guilherme A. M. F. Passalunghi</u> <u>Medicina - Dermatologia</u> <u>Crirurgia do Joelho</u> <u>CRM-PR 30165 / SBOT 14548</u>	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
---	---	--