



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

179489

1 - Registro ANS 355151	3 - Data da Autorização _/_/____	4 - Senha _ _ _ _	5 - Data Validade da Senha _/_/____	6 - Data de Emissão da Guia _/_/____
-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0 22057031	8 - Plano PROSAÚDE	9 - Validade da Carteira _/_/____
---	------------------------------	--------------------------------------

10 - Nome Simone Corsoloni Borges	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 José Everaldo Pedrollo Fc	16 - Conselho Profissional 23237	17 - Número no Conselho CRM	18 - UF PR	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 checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 2 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 01
---	---

26 - Indicação Clínica PO tardio de fratura de tornozelo @ Desenfoque com a placa

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 S82	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- _ _ _	30.710.03-0	Retirada de placa	01	_ _ _
2- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
3- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
4- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
5- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
2- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
3- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
4- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
5- _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

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 José Everaldo P. Filho Ortopedista CRM-PR 23.237	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/____
---	---	--

55 - Data		56 - Senha		57 - Responsável pela Autorização	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
58 - Tipo Acomod		59 - Acomodação		60 - Qtde. Autorizada	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. 65 - Qtde. Aut
<div></div>	<div></div>	<div></div>			<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>			<div></div>
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
55 - Data		56 - Senha		57 - Responsável pela Autorização	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
58 - Tipo Acomod		59 - Acomodação		60 - Qtde. Autorizada	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. 65 - Qtde. Aut
<div></div>	<div></div>	<div></div>			<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>			<div></div>
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
55 - Data		56 - Senha		57 - Responsável pela Autorização	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
58 - Tipo Acomod		59 - Acomodação		60 - Qtde. Autorizada	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. 65 - Qtde. Aut
<div></div>	<div></div>	<div></div>			<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>			<div></div>
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
55 - Data		56 - Senha		57 - Responsável pela Autorização	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
58 - Tipo Acomod		59 - Acomodação		60 - Qtde. Autorizada	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. 65 - Qtde. Aut
<div></div>	<div></div>	<div></div>			<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>			<div></div>
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>