

HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE
Desde 1967

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° | | | | | | | | | |

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
Isadora de Castro Lima	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
---------------------------------------	-------------------------	------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO V. B. SILVA	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
--	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internacão

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
---------------------------------------	------------------------

22 - Caráter da Interação	23 - Tipo de interação
<input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input checked="" 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 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01
---	--------------------------------------

26 - Indicação Clínica

Resm KA Jell ESQ

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
--	---	--

30 - CID Principal 135	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)
---------------------------	--------------	--------------	--------------

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela		35 - Código de Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1-	307307B		Manutenção LCA	01	
2-	30731216		Transposição de doc	01	
3-					
4-					
5-					

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		phos. verde bottle	01		
2-					
3-		flor. shaver	9		
4-					
5-		aprox. 100	9		

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 CNE
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------

51 - Observações

Dr. Marcus V. Danielli
Clínica e Cirurgia do Joelho

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
____/____/____	____/____/____	____/____/____