

43 999835878

SE POSSÍVEL AGENDA DIA 30/Julho

FUNDAÇÃO COPEL



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2

Nº 331562

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

8 - Plano

PROSAÚDE

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JOÃO LUCAS BETTI SOUZA

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

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ

21 - Nome do Prestador

Unimed

22 - Caráter da Internação

☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de Internação

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

24 - Regime de Internação

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

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Indicação Clínica

ENXERTO SOEHO ESQUERDO C/ LIGAM
LCA - 14 ANOS IDADE

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença

☐ A - Aguda ☐ C - Crônica

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias

29 - Indicação de Acidente

☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros

30 - CID 10 Principal

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-	30733073	RECONSTRUÇÃO LCA		
2-	30726190	RECONSTRUÇÃO LAL		
3-	30731119	ENXERTO TENDÃO		
4-		1 TAXA VIDEO		
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela

40 - Código do OPM

41 - Descrição OPM

42 - Qtde.

43 - Fabricante

44 - Valor Unitário R\$

1-		LS HAVER 3.5		
2-		2 ANCLAS SUGGESTICK		
3-		1 PAINHA NATURAL		
4-		1 AMPLA		
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 Profissional Solicitante

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização