

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 31.292-4	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 Saúde CAIXA	9 - Validade da Carteira ____/____/____		
10 - Nome Raul Aparecido de 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. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 17905	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 type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input 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 <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03			
26 - Indicação Clínica Dor + deformidade joelho SI / menor e joelho				
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 M179	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____	
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela 30726034	35 - Código do Procedimento 30726034	36 - Descrição Achiloplastia total joelho	37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut ____	
OPM Solicitados				
39 - Tabela ____	40 - Código do OPM ____	41 - Descrição OPM Kit punção total joelho importado (2 unidades)	42 - Qtde. ____	43 - Fabricante ____
44 - Valor Unitário R\$ ____			45 - Valor Total R\$ ____	
Dados da Autorização				
46 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	47 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	48 - Tipo da Acomodação Autorizada ____		
49 - Código na Operadora / CNPJ ____	50 - Nome do Prestador autorizado ____		51 - Código CNES ____	
52 - Observação ____				
53 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905				
54 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável X		55 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____		