

Wenau pl liberar! 26/07/25

HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE

Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR - CEP 86010-190
Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

ABSSandra

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
-----------	-------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Lesão les @ miocárdio @ osteocárdio
Joelho D.E.

29 - CID 10 principal (opcional)	30 - CID 10 (2) (opcional)	31 - CID 10 (3) (opcional)	32 - CID 10 (4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01		Exame físico	01	
02		Exame físico	01	
03		Exame físico	01	
04		Exame físico	01	
05		Exame físico	01	
06		Exame físico	01	
07		Exame físico	01	
08		Exame físico	01	
09		Exame físico	01	
10		Exame físico	01	
11		Exame físico	01	
12		Exame físico	04	

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

Dr. Roberto G. Gasparelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32.428 TEOT 15.389

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---