

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	Isabelle H. Cordino	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	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 / CPF	21 - Nome do Prestador Htel.
---------------------------------------	---------------------------------

22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
--	--

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	

26 - Indicação Clínica

sendo feita sobre 2/5 + queles notand a mesma.

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
--	---	---

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

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- _____	30729203	- Renda sobre Haveres	2x	_____
2- _____	30729151	- Haveres sobre	2x	_____
3- _____	30710022*	- Retenções sobre	2x	_____
4- _____				_____
5- _____				_____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		• kit eletrônica Material			
2-		• Grupo Aquef 2 unidades			
3-		• Insetosoma			
4-		• microscopia			
5-					

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 CNES
---------------------------------------	-----------------------------------	------------------

[illegible]

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

Paciente: **ISABELLE HELOISA CORDEIRO**
Data do nascimento: 16/08/1997
Data do exame: 13/05/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO (HÁLUX)

Análise:

Radiografia de controle por osteossíntese na falange proximal do hálux, fixada com parafuso cirúrgico, com sinais de quebra no parafuso.
Tecidos moles sem alterações.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO (HÁLUX)

Análise:

Radiografia de controle por osteossíntese na falange proximal do hálux, fixada com parafusos cirúrgicos, com sinais de quebra no parafuso.
Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR