

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 WILSON STEIN	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____
----------------------------------	---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 010 320 224 -5	13 - Nome do Contratado ____	14 - Código CNES ____
--	---------------------------------	--------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante João Paulo Guerreiro	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 78617	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225270
--	--	---	----------------------	------------------------------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador UNIONTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
---	--

22 - Caráter da Internação <input checked="" 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 ____
--	--

26 - Indicação Clínica ADENOCARCINOMA DO JOELHO ESQUERDO
--

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 M 17.9	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela ____	35 - Código do Procedimento 30726034	36 - Descrição PROTESE TOTAL JOELHO	37 - Qtde. Solicit ____	38 - Qtde. Aut ____
1 -	____	____	____	____
2 -	____	____	____	____
3 -	____	____	____	____
4 -	____	____	____	____
5 -	____	____	____	____

OPM Solicitados

39 - Tabela ____	40 - Código do OPM ____	41 - Descrição OPM 1 KIT PROTESE TOTAL JOELHO PERSONALIZADA	42 - Qtde. ____	43 - Fabricante CPS	44 - Valor Unitário R\$ ____
1 -	____	____	____	____	____
2 -	____	____	____	____	____
3 -	____	____	____	____	____
4 -	____	____	____	____	____
5 -	____	____	____	____	____

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas 3	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ou similar
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ORTOPEDIA	50 - Código CNES ____

51 - Observação PELO MATERIAL DE CONSTRUÇÃO ADONAR, PELO GRUPO VALO

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM 30.617	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____
---	---	--