

Assinatura do Médico

ASS



**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 - Nº

1 - Registro ANS <b>326755</b>	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 <b>MARCOS ALAN MARIN</b>		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 <b>Marcus V. Daniel</b>	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
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>07</b>
---	---

**HEL**

26 - Indicação Clínica <b>osteomielite / fôculo na</b>
---

**Hipótese Diagnóstica**

27 - Tipo de Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença <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 1 - Trânsito 2 - Outros
--	--	---

30 - CID Principal <b>M12</b>	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)
----------------------------------	--------------	--------------	--------------

**Procedimentos Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1 -	<b>30B3049</b>	<b>ostecondroplastia</b>	<b>07</b>	
2 -		<b>fixação</b>	<b>05</b>	
3 -				
4 -				
5 -				

**OPM Solicitados**

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1 -		<b>band. elástica</b>	<b>01</b>		
2 -					
3 -					
4 -					
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	

**51 - Observações**

Dr. Marcus V. Danieli  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM/PR 18.734

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