

**HOSPITALAR**PLANO DE SAÚDE  
Desde 1967Rua Senador Souza Naves, 1922  
Londrina - PR  
CEP 86015-430  
Fone: (43) 3315-1900**GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO**2 - Nº 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Dados do Beneficiário / Paciente

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira		
10 - Nome completo <b>Adelino I. Regino Luiz</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. Danielli</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 <b>HEL</b>
22 - Caracter 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>02</b>
26 - Indicação Clínica <b>Atrofia medular fcllo de</b>	

## Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença <b>6M</b> <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 <b>M7</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>326034</b>	<b>atrofia de fcllo</b>	<b>01</b>	
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

## OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1 -		<b>plataforma unicompartimental</b>			
2 -		<b>medial of plataforma nável</b>	<b>01</b>		
3 -		<b>Amato</b>	<b>01</b>		
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

51 - Observações <b>Dr. Marcus V. Danielli</b> <b>Ortopedia e Cirurgia do Joelho</b>		
--	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>18.7.34</b>	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--