

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 <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	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

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		21 - Nome do Prestador	
22 - Caráter da Internação <input 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	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar   2 - Hospital-dia   3 - Domiciliar	

26 - Indicação Clínica

### Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença		28 - Tempo de Doença		29 - Indicação de Acidente	
<input type="checkbox"/> A - Aguda   C - Crônica		<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos   M - Meses   D - Dias		<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- _____	_____	Reprogr. mensal	1	_____
2- _____	_____	Co-Design-Style	1	_____
3- _____	_____	Taxa de vídeo	1	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	_____	_____	_____	_____
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

Guilherme J. M. Piovesana

Guilherme J. M. Piovesana  
Ortopedia e Traumatologia

<p>52 - Data e Assinatura do Médico <b>Enrique do Nascimento</b> CRM-PR 30165 / SBOT 14548</p> <p>____/____/____</p>	<p>53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>____/____/____</p>	<p>54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p>____/____/____</p>
--	--	---