



**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

ALEXSANDRA DOS

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>MARIA SUZANA VILASBOAS DE FARIA</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	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>CRM</b>
---------------------------------------	--------------------------------------

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

26 - Indicação Clínica	2	1	2	FRATURA UMERÓ PROXIMAL esq
NECESSITANDO OSTEOSINTESE,				

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
--	--	---

30 - CID Principal	31 - CID (2) <b>14 B</b>	32 - CID (3)	33 - CID (4)
--------------------	--------------------------	--------------	--------------

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>M75.1</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>30717108 FRATURA UMERÓ PROXIMAL - TRATAMENTO CIRURGICO</b>			<b>1</b>
2- _____		<b>30717167 TRANSFERENCIAS MUSCULARES OMBRO</b>			<b>1</b>
3- _____		<b>30717019 ARTROTOMIA OMBRO</b>			<b>1</b>
4- _____		<b>PLACA BLOQUEADA PARA UMERÓ PROXIMAL</b>			<b>1</b>
5- _____		<b>parafusos</b>			<b>1</b>

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

<b>Dr. Daniel F. F. Vieira</b> CRM/PR 19475 TEST 9918		
--	--	--

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