

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 - N° | | | | | | | | | | | |

1 - Registro ANS 326755	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 HELENA MAYARA		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 ☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Dias Solicitadas
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	

26 - Indicação Clínica

LESÃO LCA e LIGAMENTO ANTERIORES,
DO JOELHO, ~~DO~~ HIPERTENSÃO
JOELHO CONTRALATERAL

Hipótese Diagnóstica

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Doença	29 - Indicação de Acidente
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> 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- _____	30+330+3	VCA		
2- _____	30+31216	EXAMEN TO TENSÃO FLUXORES		
3- _____	30+26190	LAL		
4- _____	30+31216	EXAMEN TO TENSÃO TRATO IL COTBUI		
5- _____		1 TAXA VIDEO		

OPM Solicitados


39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		1 LA MA SHAVAR			
2-		1 PISTÃO WELF			
3-		1 PISTÃO ENDOBOTON			
4-		1 ANCORA SUGGROUT			
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. Joao Paulo F. Guerreiro
Medicine Traumatologia

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