

HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE

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 APARECIDA N. D. LIMA		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
	HEL

22 - Caráter da Internação ☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de internação ☒ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

26 - Indicação Clínica

SOMENTO ESO. CL C-3 A6
MENBRO E OSTEOCARPUS

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- _____	30733057	LEBANO MENCO	_____	_____
2- _____	30733049	OSTEO CEDRO RUSTIA	_____	_____
3- _____		ITAXA VIDEO	_____	_____
4- _____			_____	_____
5- _____			_____	_____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		1 lata SPANER			
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. João Paulo F. C.

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante  CRM 28.617	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ / ____ / ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _____ / ____ / ____
---	--	---