



**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 - 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>Kayann Rosean Aleusso Feres F. GUERREIRO</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	
22 - Caráter 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>01</b>	
26 - Indicação Clínica <b>Ruptura menisco medial + Condropatia joelho direito</b>		

### Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> J - <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	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>Revisão de exames</b>	<b>1</b>	_____
2- _____	_____	<b>Condopatia</b>	<b>1</b>	_____
3- _____	_____	<b>Taxa de vídeo</b>	<b>1</b>	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

### OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição ORM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	<b>Lâmina de shaver</b>	<b>1</b>	_____	_____
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

--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>Guilherme J. M. Piovesana</b> CRM-PR 30165 / SEOT 14548	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--