



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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 <i>Roberto N. Takahashi</i>		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 type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Indicação Clínica <i>- Retinada Martenal Sinton (Parafuso com 3.0)</i>
--

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 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- <i>30710014</i>	<i>30713064</i>	<i>- Retinada Martenal Sinton</i>	<i>01</i>	
2- <i>30713064</i>		<i>- manipulação</i>	<i>01</i>	
3- _____				
4- _____				
5- _____				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Valor unitário	44 - Valor unitário
1- _____		<i>chuveiro / parafuso com 3.0</i>			
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 _____/_____/____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____/_____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _____/_____/____
--	---	--

Paciente: **NOBUKO NAKAMURA TAKAHASHI**

Data do nascimento: 12/06/1952

Data do exame: 24/05/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Fratura na base da falange proximal do 5º dedo.

Pós-cirúrgico no 1º e 5º metatarsos, 1º metatarso fixada com parafuso cirúrgico.

Artropatia degenerativa na articulação acubóide-5º metatarso, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR