



**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 <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>Andressa Campos Reis</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 <b>Marcus V. Danielli</b>	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 - Caracter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>
26 - Indicação Clínica <b>lesão KS / nódulo focal ER</b>	

### Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <b>30</b> <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 <b>S8</b>	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>3013013</b>	<b>reconstrução KS</b>	<b>01</b>	
2-	<b>3013016</b>	<b>transplante de pele</b>	<b>01</b>	
3-	<b>3013065</b>	<b>apêndice nódulo</b>	<b>01</b>	
4-		<b>KS de víscera</b>	<b>01</b>	
5-				

### OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		<b>placa endobutton</b>	<b>01</b>		
2-		<b>placa intere</b>	<b>01</b>		
3-		<b>part. shaver</b>	<b>01</b>		
4-		<b>fio alta resistência</b>	<b>03</b>		
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. Marcus V. Danielli**  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM/PR 18.734

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