

43- 98434 . 4412


**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>Jaiane Ap. da S. Costa</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 type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de internação <input 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 type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
26 - Indicação Clínica <b>Lerco LCA @ osteocondral joelho ES-7</b>	

**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 <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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>3073</b>	<b>3073</b>	<b>video</b>	<b>01</b>	
2- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>ceconsta</b>	<b>01</b>	
3- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>transposicao</b>	<b>01</b>	
4- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>osteocondral</b>	<b>01</b>	
5- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>osteocondral</b>	<b>01</b>	

**OPM Solicitados**

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>L-Shaper</b>	<b>01</b>		
2- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>endoprote</b>	<b>01</b>		
3- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>Artroscopia</b>	<b>01</b>		
4- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>Artroscopia</b>	<b>01</b>		
5- <b>3073</b>	<b>3073</b>	<b>Artroscopia</b>	<b>01</b>		

**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>Dr. Roberto G. Gasparelli</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>CRM-PR 32.428-1</b>	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--