



**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>Olenilda P. do S. L.</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. Danieli</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 <b>HEL</b>
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>07</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

26 - Indicação Clínica <b>lesão meniscal / osteocondral / do menisco anterior pelo EL</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------

### Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input checked="" 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>M3</b>	31 - CID (2)	32 - CID (3)
33 - CID (4)		

### Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>30733019</b>		<b>Osteocondral</b>	<b>07</b>	
2- <b>30733051</b>		<b>menisco anterior</b>	<b>01</b>	
3- <b>30733051</b>		<b>do</b>	<b>01</b>	
4- <b>30733051</b>		<b>de</b>	<b>01</b>	
5- <b>30733051</b>		<b>de</b>	<b>01</b>	

### OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- <b>30733051</b>		<b>font</b>	<b>01</b>		
2- <b>30733051</b>		<b>shower</b>			
3- <b>30733051</b>					
4- <b>30733051</b>					
5- <b>30733051</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 <b>Dr. Marcus V. Danieli</b> <b>Ortopedia e Cirurgia do Joelho</b> <b>CRM/PR 18.734</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>[Assinatura]</b>	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------