



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

Enviado por e-mail
17/11/2012

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 EDNA GOMES TILVTE		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 HEL	
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> 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 03	

26 - Indicação Clínica ARTROSE GRAVE JOELHO ESQUERDO CI SUBLUXAÇÃO, VARO GRAVE
--

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 PROTESE TOTAL JOELHO	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM 1 KX PROTESE TOTAL JOELHO IMPORTADA CI POI SEMI CONSTR.	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada LOCK ON PERSONA	48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
---	--------------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------

51 - Observações

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--