



PLANO DE SAÚDE

Hospitalar**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia Prestador 000000000000

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			

Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Regiani Ap. Jones			11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Dr. Paulo Marcel Yoshii	
14 - Nome do Profissional Solicitante Paulo Marcel Yoshii		15 - Conselho Profissional Cirurgião da Mão CRM/PR 18504	
16 - Número do Conselho		17 - UF	
18 - Código CBO			

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado H. SANTA CASA CAMBÉ	
21 - Data sugerida para Internação			

22 - Caráter de Atendimento		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de internação		25 - Qtde. diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
-----------------------------	--	-------------------------	--	---------------------------	--	--------------------------------	--	------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

**Plc cl profundo anterior no terço médio
cl do local e lin to f, profunda
de ferço; NÃO CONSOLIDADA
e QUEBRA DA PLACA; FOI OPERADA
2X; S/ CONSOLIDAÇÃO.**

29 - CID10 Principal (opcional) M84.1		30 - CID10(2) (opcional)		31 - CID10(3) (opcional)		32 - CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
---	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	---	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados									
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.					
1- <input type="checkbox"/>	30740133	Plc profundo anterior no terço médio	01	<input type="checkbox"/>					
2- <input type="checkbox"/>	30713048	enxerto ósseo	01	<input type="checkbox"/>					
3- <input type="checkbox"/>	30710030	de tecido plano	01	<input type="checkbox"/>					
4- <input type="checkbox"/>	30710030	de tecido profundo	01	<input type="checkbox"/>					
5- <input type="checkbox"/>	30710030	de tecido profundo	01	<input type="checkbox"/>					
6- <input type="checkbox"/>	30710030	de tecido profundo	01	<input type="checkbox"/>					
7- <input type="checkbox"/>	30710030	de tecido profundo	01	<input type="checkbox"/>					
8- <input type="checkbox"/>	30710030	de tecido profundo	01	<input type="checkbox"/>					
9- <input type="checkbox"/>	31403123	microscópio A leucon	01	<input type="checkbox"/>					
10- <input type="checkbox"/>	31403123	placa de fixação no terço médio	01	<input type="checkbox"/>					
11- <input type="checkbox"/>	31403123	placa de fixação no terço médio	01	<input type="checkbox"/>					
12- <input type="checkbox"/>	31403123	placa de fixação no terço médio	01	<input type="checkbox"/>					

Dados da autorização MATEAZ		39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas		41 - Tipo da acomodação autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES			

45 - Observação / Justificativa

***OPME PLACA e parafusos de alto resis físico,
devido ser o 3º cirurgia; cl fedgo (quebra) das placas
anteriores.
(Comercador Bio neuro)**

46 - Data da Solicitação 20/07/2014		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Paulo Marcel Yoshii Cirurgião da Mão CRM/PR 18504		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--	--	--	--	--	---	--