



**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

*Resenha*

|                                   |                         |           |                               |                             |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><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<br><b>Hugo K. A. Silva</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<br><input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de internação<br><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<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>01</b> |
|---|---|

|   |
|---|
| 26 - Indicação Clínica<br><b>Rotura menisco medial joelho DTR</b> |
|---|

**Hipótese Diagnóstica**

|  |  |   |
|--|--|---|
| 27 - Tipo de Doença<br><input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | 28 - Tempo de Doença<br><input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias | 29 - Indicação de Acidente<br><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>Wash video</b>          | <b>2</b>          |                 |
| 2-          |                             | <b>Reparo do menisco</b>   | <b>01</b>         |                 |
| 3-          |                             | <b>osteocendrioplastia</b> |                   |                 |
| 4-          |                             |                            |                   |                 |
| 5-          |                             |                            |                   |                 |

**OPM Solicitados**

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|--------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1-          |                    | <b>L. Shaver</b>   | <b>01</b>  |                 |                     |
| 2-          |                    |                    |            |                 |                     |
| 3-          |                    |                    |            |                 |                     |
| 4-          |                    |                    |            |                 |                     |
| 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**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Dr. Roberto G. Gasparelli</b><br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM-PR 32.428 TEOT 15.389 |  |  |
|--|--|--|

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