

HOSPITALAR

Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° | | | | | | | | | | | |

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	MARIA LUCIMAR PEREIRA	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
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador
---------------------------------------	------------------------

22 - Caráter da Internação ☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	

26 - Indicação Clínica

LEITE MAMÁRIO LATENTE DISCÓIDE
e LEITO OSTEOCÓNDRO DA PATELA: ESO.

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses 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)	
--------------------	--------------	--------------	--------------	--

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1-	3073 3065	NOBILIO MENSCO		
2-	3073 3049	OSTEOLAS DO PRATIA		
3-	3073 3103	RELEASE PRATIA		
4-				
5-		1 TAXA		

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	ILAM + SHAVE	_____	_____	_____
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

Dr. João Paulo F. Guerreiro

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