



**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

TEREZINHA

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	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
10 - Nome completo <b>IVONILDE DAS GRACAS FERREIRA</b>			

**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 <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva 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 <b>02</b>		

26 - Indicação Clínica <b>ARTROSE GRAVE DO JOELHO ESQUERDO COM DOR INTENSIVA</b>
---

**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	37 - Qtde. Solicit.	38 - Qtde. Aut.
1- _____	_____	<b>PROTESE TOTAL</b>	_____	_____
2- _____	_____	<b>JOELHO</b>	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

**OPM Solicitados**

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	<b>1 KIT PROTESE TOTAL</b>	_____	_____	_____
2- _____	_____	<b>JOELHO</b>	_____	_____	_____
3- _____	_____	<b>1 PROTESE JOELHO</b>	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____	_____

**Dados da Autorização**

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

**51 - Observações**

<p><b>Dr. Joao Paulo F. Guerreiro</b> Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617</p>		
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>[Assinatura]</b>	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>[Assinatura]</b>	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <b>[Assinatura]</b>