

HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE

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 MARILEI A.T. PAGNAM		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 23 - Tipo de internação

E E - Eletiva U - Urgência/Emergência 2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Dias Solicitadas
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	03

26 - Indicação Clínica

ARTROSE NO 6ª.ª VERTEBRA	JOELHO DIREITO 0550-0550
-----------------------------	-----------------------------

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. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1-		PROTESE TOTAL		
2-				
3-		SOMADO		
4-				
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1-		1 KIT PROTES E			
2-					
3-		TOTAL JOELHO			
4-					
5-		WOLFGANG			

Dados da Autorização

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

51 - Observações

PEÇO MATERIAL IMPORTADO PELA
AUTA EXPECTATIVA DE VIDA DA PACIENTE

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante: Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123.456