Rua Senador Souza Naves, 1922 Londrina - PR - CEP 86010-180 Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

DE INTERNAÇÃO					
1 - Registro ANS 3 - Número da (Guia Atribuído pela Opera	dora			
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 – Data	de Validade da Senha
					1/1_1/1_1_1
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9-Atendimento a RN					
10 - Nome SANDALA N. M. SILVA 11 - Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Solicitante					
12 – Código na Operadora	13	- Nome do Contratad	lo		
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselh			17 - UF 18 - Código CBO
		Profissi	onal		in or its codings cas
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados					
19- Código na Operadora / CNPJ	20 - 1	Nome do Hospital/Lo	cal Solicitado		21 - Data sugerida para internação
		H	tl		
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Int	ernação 24 - Regime de I	nternação 25 - Qtde	Diárias Solicitadas 26 - Previ	isão de uso de OPME	27 – Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica					
Escer	20 A (co)	VALSE B	63 1	4
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (7 9 (2) (Oncional) 34 - CID	[10 (21 (Oppings)) 22		cesil	4
	L	(S) (Opcional)	2 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - 1	Indicação de Acidente (a	cidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicita	ados				_
34-Tabela 35 - Código do Procedimento Item Assistencial		0	MEDICAL PROPERTY OF THE PROPER	3	7 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
	93, L	FFM			
12-1 1 1 1 1 1 7 17 1 10 1	11/1 1/1	XFINE	frex of	/	
70 7 31	149	22-00	21121	1001	
503 730	70	DODA	suo p	95/18	
30+271	66-03	Maria	115 A		
		A	DEO		
		41	SHALETL		
·	7	1143750	MENTE.	renua	
8-1	11 27	10014	MONTA	395	
9-	1 3 P	4747-3	os conn	CA'S	
0-					
²⁻ _				1	
ados da Autorização 9 - Data Provável da Admissão Hospitalar][10 011 01	CONTRACTOR OF THE PARTY.			
	40 - Qtde. Diarias Auto		da Acomodação Autorizada		
2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado					
L	43 - Nom	e do Hospital / Loca	Autorizado		44 - Código CNES
5 – Observação / Justificativa					
6-Data da Solicitação 47-Assinatora do Profissional Responsável 48-Assinatura do Responsável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização 48-Assinatura do Responsável 49-Assinatura do Responsável 49-Assina					
6-Data da Solicitação 47-As:	sinatore 4030 paulo	matologic			
	Ortopedia CRM/PR	2861	48-Assinatura do Beneficiário o	u Responsável 49-Assir	natura do Responsável pela Autorização