Excorner pri.

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela C) peradora	
		. *
4 - Data da Autorização 5 - Senha	6-	Data de Validade da Senha
		//
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira		Atendimento a RN
10 - Nome * . 11 - Cartão Nacional de Saúde		
Diniu de Souza Conduade		
Dados do Contratado Solicitante		
12 – Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional	17 - UF 18 - Código CBO
Dados de Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação
	*	
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regin	ne de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPI	ME 27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica	Commendations	1.11
11/1/10	ly cronus de Jours	MO L'IONA
	10 + 1	
(1/2011/0m	INM MU & A	an
CI WWGGGN	some no los of	
29-CID (6 Principal (Optional) 30 (10 to (2 Optional) 31	- CID 19 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid	ente (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - D	escrição	37 Otde Solic 38 - Qtde Aut
01-11-150+340	Judge Jecommune	
02-1 1 20 to MO451	Ulio Gregoraya	
03-	TTO COLORE	
04-11-19-19-19-19-19-19-19-19-19-19-19-19-	1 10 60 00 000	
06-	for always carry had a STators	. 01
06-	of the state of the state of	
	Charles Tout mais	01
09-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	and love	03
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
11-1	Mula Seria	21
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
Datios da Autorização		
	ias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
- Cooligo na Operación / Ciero actionizado	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	
45 – Observação / Justificativa		
		all NEW
46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Prop	sional Minitante 48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Prop	sional Trotante 48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização