

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

Color of Notice Commission Confidence of Security Color of Notice Commission Color of Color	1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Caster de Berefroizo Til Norma de Comercia Til Norma de Norma de Norma de Norma de Norma de Norma de Reaconda de Reac		
27-Norman ac Comments 28-Association de November 28-Associ	4 - Data da Autorização S - Senha S - Data de Validade da Senha	
Dado do Comissado Sicilitarios T ""es do Protessorial Const." T	TORREST WAS TRANSPORTED.	
Dado do Comissado Sicilitarios T ""es do Protessorial Const." T	00500000037231815	
19 - Codigo na Operadora 13 - Nome do Contratado 15 - Codigo na Operadora 15 - Codigo na Operadora 16 - Nomero do Contratado 16 - Nomero do Contratado 17 - Nomero do Contratado 18 - Código CBO 18 - Código do Nomero do Hospital Local Bolicitado 18 - Código do Nomero do Hospital Local Bolicitado 18 - Código do Nomero do Hospital Local Bolicitado 18 - Código do Nomero do Hospital Local Bolicitado 18 - Código CBO 18 - Código do Nomero do Hospital Local Bolicitado 18 - Código CBO 18 - Código CB	tatiany dras austonio	
To - The approximate Solicitation To - National Solicitation To - National Solicitation To - Codigo CBO Public To -	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado —	
23 - Codigo na Operadora / CNP3 20 - Nome de Hospital / Local Solicitado 25 - Otos diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso da OPME 27 - Previsão	100-100-00	18 - Código CBO
23 - Cardier de Alendimento (23 - Tipo de Internação) (24 - Regime de Internação) (25 - Ocide diárias Solicitadas) (26 - Previsão de uso de OPME) (27 - Previsão de de de de Gluminismingidos de Maria Solicitadas) (26 - Previsão de uso de OPME) (27 - Previsão de de de Gluminismingidos de Maria Solicitadas) (26 - Previsão de uso de OPME) (27 - Previsão de de de Gluminismingidos de Maria Solicitadas) (28 - Indicação de Acdenia (acidente ou disença infeccionada) (28 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada) (29 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada (20 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada (20 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada (20 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada (20 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada (20 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada (20 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada (20 - Tipo de de Accidente ou disença infeccionada (20 - Tipo de Accidente ou disença infeccionada (20 - Ti	Dados do Houpital / Local Solicitado / Dados da Internação	
28 - Indicação Clínica 28 - Indicação Clínica 28 - INCLUS SUBSTANTIA CONTRACTOR CONTRA	19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data şugerida pata	Internação
28-00 19-Procedimentalia su litera Assintanzia di Cibi (2) (opcional) 31-Cibi (3) (opcional) 32-Cibi (4) (opcional) 33-Indicação de Acidente (acidente ou doença relaconada) Procedimentala su ltera Assintanzia Solicitaticos 38- Descriçãos 38- Otde Aut. 11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-	22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 25 - Qtde. diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso	o de Quimiotorápico
28-CIC 10-Principal (spotonal) 30-CID 10(2) (opcional) 31-CID 10(3) (opcional) 32-CID 10(4) (opcional) 33- Indicação de Addente (acidente ou doença refacionada) Procedimentos ou literia Assistancials Solicitados 34- Tabella 35- Código do Procedimento 45- Data da Solicitação 35- Data da Solicitação 45- Nome do Hospital / Local Autorizado 41- Tipo de acomodação autorizada 41- Tipo de acomodação autorizada 44- Código CNES 45- Observação 47- Assinatura do Profusional Soligação PR 24- Código no Responsável (49- Assinatura do Responsável pela Autorização	P21 VINOCENTAL SOLUTION	
28-CIC 10-Principal (spotonal) 30-CID 10(2) (opcional) 31-CID 10(3) (opcional) 32-CID 10(4) (opcional) 33- Indicação de Addente (acidente ou doença refacionada) Procedimentos ou literia Assistancials Solicitados 34- Tabella 35- Código do Procedimento 45- Data da Solicitação 35- Data da Solicitação 45- Nome do Hospital / Local Autorizado 41- Tipo de acomodação autorizada 41- Tipo de acomodação autorizada 44- Código CNES 45- Observação 47- Assinatura do Profusional Soligação PR 24- Código no Responsável (49- Assinatura do Responsável pela Autorização	Dan 100 Guseliel Esquido	
28-CIC 10-Principal (spotonal) 30-CID 10(2) (opcional) 31-CID 10(3) (opcional) 32-CID 10(4) (opcional) 33- Indicação de Addente (acidente ou doença refacionada) Procedimentos ou literia Assistancials Solicitados 34- Tabella 35- Código do Procedimento 45- Data da Solicitação 35- Data da Solicitação 45- Nome do Hospital / Local Autorizado 41- Tipo de acomodação autorizada 41- Tipo de acomodação autorizada 44- Código CNES 45- Observação 47- Assinatura do Profusional Soligação PR 24- Código no Responsável (49- Assinatura do Responsável pela Autorização	1 Linero junous	
28-CIC 10-Principal (spotonal) 30-CID 10(2) (opcional) 31-CID 10(3) (opcional) 32-CID 10(4) (opcional) 33- Indicação de Addente (acidente ou doença refacionada) Procedimentos ou literia Assistancials Solicitados 34- Tabella 35- Código do Procedimento 45- Data da Solicitação 35- Data da Solicitação 45- Nome do Hospital / Local Autorizado 41- Tipo de acomodação autorizada 41- Tipo de acomodação autorizada 44- Código CNES 45- Observação 47- Assinatura do Profusional Soligação PR 24- Código no Responsável (49- Assinatura do Responsável pela Autorização	Em: Nechose de con	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Codigo do procedimento 36 - Descrição do Procedimento do Collego futural 37 - Otre Solici 38 - Otre Aut. 1	J.	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Codigo do procedimento 36 - Descrição do Procedimento do Collego futural 37 - Otre Solici 38 - Otre Aut. 1		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Codigo do procedimento 36 - Descrição do Procedimento do Collego futural 37 - Otre Solici 38 - Otre Aut. 1		
34 - Tabela 35 - Código da Propedimento 36 - Descrição do vertas do Colrego futural 37 - Otride Solic 38 - Otride Aut. 2- 1		la)
4	White the Market State (Control of the Control of t	SPLATE.
4	34-Tabela 35-Código do Procedimento 36-Descrição to to reuse do Cobero funco 37-Otde. S	olic 38 - Qtde Aut
4 Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 45 - Observação 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profusibilial Soliciana Pir 186 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização	2-1	- - -
6-	1	
7- 10- 10- 10- 11- 1		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 45 - Observação 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profisional Solidaria PR 145 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável pela Autorização		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 45 - Observação 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profisional Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiáno ou Responsável pela Autorização		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar III		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 45 - Observação 45 - Observação 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiánio ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 45 - Observação 45 - Observação 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profisional Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		, ———
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 45 - Observação 45 - Observação 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profisibilita Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
TORCA LON 2, 5 13, 2. 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profusional Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		44 - Código CNES
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profesional Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiano ou Responsavel 49 - Assinatura do Responsavel 49 - Assinatura 40 - Assinatura	45 - Observação	
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profesional Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiano ou Responsavel 49 - Assinatura do Responsavel 49 - Assinatura 40 - Assinatura	2000 Longer 25 1305	
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profesional Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiano ou Responsavel 49 - Assinatura do Responsavel 49 - Assinatura 40 - Assinatura	Miyasaki	
	Mauricio Rodrigue	al pola fintariona.
	46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profesional Solicitante - Yn 48 - Assinatura do Beneficiano ou Responsavel 49 - Assinatura do Responsavel	ei peia Autorização