48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização

JEJ EEW HA	
THOSPITALAR PLANO DE SAUDE  Rua Senador Souza Naves, 1922 Londrina - PR - CEP 86010-180 Fone: (43) 3315-1900  GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO  2- N° Guia no Prestador	
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário  8 - Validade da Carteira  9-Atendimento a RN	
7 - Número da Carteira 9-Atendimento a RN	
10 - Nome SILVA PORTA O III - Cartão Nacional de Saúde	
OUTCITEDE!	
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado	
12 – Código na Operadora 13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CB	0
	15
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação  19- Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação	ão
$V \sim 0 V T = 0$	
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimloter	apico
28-Indicação Clínica  COSAO DO LEA JOETHO DO R  COLLEGA CANTIACEM.	
of 1 Esse CANTIACEM.	
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut	
1 Sat 3 3 At Cons mucro Cet	
02 1 30 + 2 4 2 36 EXEMP TENDAE	
03-11-30-7-3-05-7-60-05-05-7-6	
1 A WAR CHAVER	
1 Constant BLO	
OG- LINE FOR OFFIN	
1 PASSOTA PIENCIS	
09-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
12-	
Dados da Autorização  39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada	1 50
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar   40 - Qtde. Diarias Autorizadas   41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES	
45 – Observação / Justificativa	
	75 1

Ortopedia e Traumatelogia

47-Assinatura do Profissional Solicitante

46-Data da Solicitação