

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

Londrina		
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela	Operadora	
3,4,3,2,6,9		
4 - Data da Autorização 5 - Senha	6 – Data	de Validade da Senha
		1/1
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira		ndimento a RN
1000 is 100 ioo i356 1,117	<u> </u>	
50 - Nome Social		
10-Nome De la Facto		
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado		
12 - Godige na Speradora	None ac contains	
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho 16 - Número no Conselho	17 - UF 18 - Código CBO
SCC 10200000 ggr out destructions to the Tribe Co.	Profissional	
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação
19- Codigo na Operadora / CNP3	Vincett	
	gime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME	27 – Previsão de uso de quimioterápico
U L	1	1 1
28 - Indicação Clínica		7
1 1/2	ATUX MINIMO CLO ROVERS	(7)
CIAL-MACA VIAN da ació D		
1 KNOO	Mr 400 Max	
	,	
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)
15034		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	1	
34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 -	Descrição / (/ / / / / / / / / / / / / / / / /	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
01-1 160 to 161 to 1	1) O ON MARCE OWN L	
02-1 1 30 7 1 2 1 4 DL T	to de light himself	
03-1		
04-	Of the Allert	
05-[MAN MAN SOMMAN	
06-	and your	
07-[7-1-1	
08-	TW JUNA	
09-[
10-		
11-1		
12-		
Dados da Autorização 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Dia	rias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	The second secon
		6
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
45 – Observação / Justificativa		
A SAMPLE		
46-Data da Solicitação 47-Assinature de Praumatologia Ortopedia e Praumatorização CRM/PR 22 343 48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49-Assinatura do Responsável 49-Assinatura do Responsável		
4/-Assinaturagearum	dia e Hauffattion	

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador Unimed A DE INTERNAÇÃO 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3,4,3,2,6,9 4 - Data da Autorização 6 - Data de Validade da Senha 5 - Senha 1 1/1 1 1/1 1 1 ____// Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9-Atendimento a RN 7 - Número da Carteira 000,5,000,00,356,4,178,5 50 - Nome Social 10 - Nome Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CBO Profissiona Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação unwite 23-Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico 22 - Caráter do Atendimento U 28 - Indicação Clínica 31 - CID 10 (3) (Opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 29-CID/40 Princi ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut 34-Tabela 1_1_1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 ______ Dados da Autorização 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 41 - Tipo da Acomodação Autorizada ___/____//________ 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES

_|__|/|__|/|_|_|

45 - Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinature comments do C. F. Martins
Ortopedia è Traumarologia
COM/OR 22 343

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsáve

49-Assinatura do Responsável pela Autorização