Unimed

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 Validad | le da Senha |
| | -171T1T |
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9-Atendimento | a RN |
| | |
| 50 - Nome Social | |
| | |
| 10-Nome Mario Arbina Dario | |
| Dados do Contratado Solicitante | |
| 12 – Código na Operadora 13 - Nome do Contratado | |
| | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho III | 7 - UF 18 - Código CBO |
| Datios do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação | |
| 19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Dat | a sugerida para internação |
| | |
| 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 OPME 28 - Previsão de uso de OPME 29 - Previsão de uso de OPME 20 - Previsão de USA 20 - PREVISÃ | risão de uso de quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica | |
| ARTROPATIA GLOVOVNERAL E ARTROPATA DO MANJULO ROTADON | |
| 2650 Mary DO Mayfur | |
| 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 |
| ot 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | _ |
| 02-1 1 5 C 1 T 1 T 1 T 1 T 1 T 1 T 1 T 1 T 1 T 1 | |
| 03- | |
| | |
| | |
| DE TESE ROYORT | |
| 07- | |
| | |
| 09- | |
| 10- | |
| 11- | |
| Dados da Autorização | |
| 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 | |
| | |
| | |
| | |
| 46-Data da Solicitação / 1 47-Assinatura do Profissional Solicitante (148-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49-Assinatura | do Responsável pela Autorização |