

Rua Senador Souza Naves, 1922 Londrina - PR CEP 86015-430 Fone: (43) 3315-1900 GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N°

HOSPITALAR	Fone. (43) 3313-1900		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		Bar a e i e i
PLANO DE SAUDE	1 - Registro ANS 32675	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário / Paciente			Company of the company	WAR TO US A SHARE	
7 - Número da Carteira		8 - Plano		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome completo	na I	. KO YA	SHIK!	11 - Número do Cartão Nacion	al de Saúde
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora / CNPJ / CF	PF	13 - Nome do Contratado			14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF 19 - Código CBO S
Dados do Contratado Solicitado / Dado	os da Internação				
20 - Código na Operadora / CNPJ / CF	PF	21 - Nome do Prestador	422		
22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de in	ternação nica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica	4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação		Qtde. Diárias Solicitadas			
A A	3 - Domiciliar	03			
26 - Indicação Clínica	NOSE	TM 61	Ar S	OEUS	
ESO	ount	0			
Hipótese Diagnóstica					前身。 对于从 多年,哪
	- Tempo de Doença	29 - Indica	ação de Acidente		
☐ A - Aguda C - Crônica	A - Anos M - N	Meses D - Dias	- Acidente ou doença relacionad	a ao trabalho 1 - Trânsito 2 - O	utros
30 - CID Principal 31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)			
Procedimentos Solicitados		t is known and the second			
34 - Tabela 35 - Código do Procedin	nento 36 - Descrição	7		37	- Qtde. Solict. 38 - Qtde. Aut.
1	- 1/1	DIESE	10TA		
2- —	-				Unit 1 = 1001
4-			CJA)		
5- —		00	90		
OPM Solicitados					
39 - Tabela 40 - Código do OPM	41 - Descrição C	PM	1111 -	42 - Qtde. 43 - Fal	bricante 44 - Valor unitário
1-		1-01	10000		
3-		1	TA	-AM	
4- —		1	1///	SCECOO	
5- —	- 1/	Las	(11=	-	452
Dados da Autorização	7 18	MOOTE	CUET	70 9	17 13
45 - Data Provável de Admissão Hosp	italar 46 - Otde. Díári	as Autorizadas 47 - Tipo de a	acomodação autorizada		SDVABETTE
48 - Código na Operadora / CNPJ / CP	PF	49 - Nome do Prestador Autori	zado		50 - Codigo CNES
51 - Observações					
52 - Data e Assinatura do Médico Solid	1. 102				
52 - Data e Assinatura do Médico Solid	targed autor	53 - Data e Assinatura do Bene	eficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Res	sponsável pela Autorização
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	a e Traum	Bir.			
''_	28.61	ii			