## HOSPITALAR

Rua Senador Souza Naves, 1922 Londrina - PR - CEP 86010-180 Fone: (43) 3315-1900

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

			-		
1 - Registro ANS 3	Número da Guia Atrib	uído pola Oporadora		_	
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha					
5 - Settina 6 - Data de validade da Senha					
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira 9-Atendimento a RN					
10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde					
Lucian dus Santos Carangaran					
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					
Profissional Profissional					
Dados do Hospital /Local Soli	citado / Dados da Interr	nação			The state of the s
19- Código na Operadora / CN	IPJ	20 - Nome do H	ospital/Local Solicitado		21 - Data 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 quimioterápico
	<u> </u>				
28 - Indicação Clínica					
			\ \		
" 1 splum mension medial + landwort					
Joellas (5)					
					4
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)					
				l l	
Procedimentos ou Itens Assis 34-Tabela 35 - Código d	o Procedimento ou	36 - Descrição			37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
Item Ass					A
01-		1 - 126	phone luterise	~\	
02-			-dup plastin		
03-		1	~ GE N. 9ED		
04-					
05-		J			
06-		J			
07-					
08-					
09-  _		1	اه على ددر	1344	
10-  _		1			
11-		1		1	
12-		J			
Dados da Autorização					Service of the second s
39 - Data Provável da Admiss	ăo Hospitalar 40 - (	Qtde. Diarias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Au	torizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES					
45 – Observação / Justificativa					
		1.			
46-Data da Solicitação	47-Assillator	Go Profission De Carron	48-Assinatura do E	eneficiário ou Responsável 49-	Assinatura do Responsável pela Autorização
Ortopedia e Comatologia  Cirurgia do Joellon					
	CRM-PR				