

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

	2 - N°		Ш				11
--	--------	--	---	--	--	--	----

HOSPITALAR PLANO DE SAUDE 1 - Registro AN	3 - Data da Autorização 4 - Senha 4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia			
Dados do Beneficiário / Paciente			William I State Little State Little			
- Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira	9 - Validade da Carteira			
0 - Nome completo	recia don's	11 - Número do Cartão Nacional	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
ados do Contratado Solicitante	recide yloxis					
2 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado		14 - Código CNE			
5 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Pr	rofissional 17 - Número no Conselho	18 - UF 19 - Código CBO			
ados do Contratado Solicitado / Dados da Internação						
) - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador	21 - Nome do Prestador				
	po de internação	lit/				
E - Eletiva U - Urgência/Emergência	1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Pe	siquiátrica				
4 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas					
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	01	0 1 1				
	elitati tat. A ales tation can.		-			
pótese Diagnóstica			THE STATE OF THE S			
- Tipo de Doença 28 - Tempo de Doença 2. A - Aguda C - Crônica . A - Ano		relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outr	os			
0 - CID Principal 31 - CID (2) 32 - CID (3)	33 - CID (4)	I de la companya del companya del companya de la co				
rocedimentos Solicitados						
4 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descri		37 j C	otde. Solict. 38 - Otde. Aut.			
	Keins derisal					
	Total de video	1	PERSONAL PROPERTY OF THE PARTY			
PM Solicitados						
	crição OPM La-va de shavee	42 - Qtde 43 - Fabrid	cante 44 - Valor unitário			
ados da Autorização						
A STATE OF THE STA	de, Diárias Autorizadas 47 - Tipo de acomodação autorizad	la e				
3 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	49 - Nome do Prestador Autorizado				
- Observações						
Guilhorman						
2 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Pioves Ortopedia e Tramatologia //	73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsáve	el 54 - Data e Assinatura do Respo	nsavel pela Autorização			