

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

Londrina	
- Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
3,4,3,2,6,9,	
- Data da Autorização 5 - Senha	100 CO 1 CO 1 CO 1 CO 1
Dados do Beneficiário  9 - Atendimento	a DN
Validade de Cortoira	a KN
10 - Nome DAVIO ALUS OOS PUIT Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante	
12 - Codigo na Operadora	
15 - Conselho 16 - Número go Conselho	17 - UF 18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante  Profissional  15 - Conseino Profissional	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	- Data sugerida para internação
19- Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital / Local Solicitado  UNI i ORTE	
22 - Caráter do Atangimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - P	revisão de uso de quimioterápico
22 - Ceráter do Atandimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Salas - Sal	
28 - Indicação Clínica	) Cela)
Des + Deformacco	9000
	Collins
20 SI mollino of the	M. W.
July 21	
33 - Indicação de Acidente (acidente	ente ou doença relacionada)
29-CID 12 incipal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	de Solic 38 - Qtde Aut
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição item Assistencial	
01-	
02-1 1 Sold Sold A MARINA MARINA	
03-1 1 1 20 t 260 BH NAVO 1 W 1 V 1	
04-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	
05-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
06-1	
07-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
08-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
09-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	
10-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-1	
The land of the la	
12-	
Dados da Autorização	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
	44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
45 - Observação / Justificativa	
Oliveira Queira	
M. Alexand Dedistant	ssinatura do Responsável pela Autorização
49 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Profesional Solicitante	ssinatura do Responsavei pela Autorização