GUIA DE SOLICITAÇÃO

	11
CHIA DE COLLEGE	Mganco
Unimed 12 GUIA DE SOLICITAÇÃO	2 - N° Guia no Prestador
Londrina DE INTERNAÇÃO	
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuido pela Operadora	
3 4 3 2 6 9	
4 - Data da Autorização 5 - Senha	
	6 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Car	
005 000 00 358 9 1 6 5 6 8 - Validade da Cai	3-Atendimento a RN
30 - Nome Social	
10 - Nome	
Dados do Contratado Solicitante	
12 – Código na Operadoro	
13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante	
15 - Conselho Profissional	selho 17 - UF 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação	In - Codigo CBO
119- Codigo na Operadore / CND /	
20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 Parim de 1	
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Splicitadas 26 -	Previsão de uso de OPME 27 – Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica	S de duminiterapiec
1 12 pton LCA +	
1 - pton LCA + Condro	patia + Simoute
	paria + Simporte
2041-2 (E)	
	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)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 36 - Descrição	
Hereaper Je Capa Janes La	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
) +F-dis
036.V 36 ~~~	
- Interpreteren	LIBNITICACI
100000000000000000000000000000000000000	4
Lilling de Shaver	
los da Autorização	
Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
	44 - Código CNES
Observação / Justificativa	
The state of the s	
ta da Solicitação 47-40-cin Salling Tap 1 M Program	
ta da Solicitação 47-Assinatura do Profissional Solicitante Ortopedia e Traumatologia 48-Assinatura do Beneficiário.c	put Responsával 49 April
Grunga do Joelho	49-Assinatura do Responsável pela Autorização