

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

DE INTERNATION						
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído 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 Carteira 9 - Atendimento a RN						
10 - Nome / 11 - Cartão Nacional de Saúde						
John Cando angua Locilho fremining						
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado						
13 - Notifie do Contratado						
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho Profissional						
Mas V. Mall L.						
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado					21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Regime de Internação	25 - Qtde. D	Diárias Solicitadas 26 - Previs	ão de uso de OPN	IE 27 - Previsão de uso de quimioterápico	
E		_	OI.	S		
28 - Indicação Clínica						
legis US/miso medial E						
	/					
Istral sell of						
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2	2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcio	nal) 32 -	CID 10 (4) (Opcional) 33 - I	ndicação de Acid	ente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento		1	11	<u> </u>	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut	
01-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Mecon	sm	6 10	7		
02-1 Ba 13.112.11 Q 1 1 Trum posico ta do 1971 1 1						
03-1 BOB BOG F 1 MAMO MANSO MEDIS 10711 111						
04 130 330 The misceconis esteral and I						
05-1111111XXV00						
06- _	06-					
07-111111111111111111111111111111111111						
08-1111111 Myss Integ Married PT						
09-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
12- 11 Kit reppo mostal allino de UB						
Dados da Autorização						
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diarias Autorizadas	41 - Tipo d	a Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES						
Tr. Observator						
45 - Observação / Justificativa	200	ieli				
	tarcus V. Dai	go losino				
45 - Observação / Justificativa 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profise oral Solicitação 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profis providi Solicitação			48 - Assinatura do Beneficiário o	ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
			· Jean Kuga	do 1/2.		