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 Atribuído pela Operadora	
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 N	Nacional de Saúde
NELON LES/ FERREIRS	
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora	是《中华·西西斯·西西斯·西斯·西斯·西斯·西斯·西斯·西斯·西斯·西斯·西斯·西斯·西
13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante	
Marie do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho	17 - UF 18 - Código CBO
Danos do Hospital /Local Solicitado / Dagos da Internação	
19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Soliçitado	21 - Data sugerida para internação
H-L	11 1 10 1 10 1 11
22 - Caráter de Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso	o de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápic
28 - Indicação Clínica	
18-1 200 5111	
lesos menisal (condial	
Lepl ni	
pecho Un	
29-CID 10 Prinapal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação d	de Acidente (acidente ou doença relacionada)
	(acidente da doença relacionada)
Procedimentos ou itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição	
Item Assistential So Descrição	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
on 150 13 DO T MM SCREGOMIN	- 8/11/11
20 13 303 COLOR 100 100 100 100 100 100 100 100 100 10	
03- De IPISCO CONCOPAS MA	97
04-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	
16-1 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
elling of share	
9-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	
0.	
<u> </u>	
ados da Autorização 9 - Data Provável da Admissão Hospitaiar 40 - Otde, Diarias Autorizadas 41. Tipo de A	
9 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
2 - Codigo na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
5 - Observação / Justificativa	j LLLLLL
6-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profissional Solicitante 48-Assinatura do Reneficiário ou Responsário	CALLY IN COMMENT OF THE CALL
48-Assinatura do Beneficiário ou Responsáv	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
Ortopedia e Cirurgia do Joelho	
Ultipedia C citatigle do sociilo	
CRM/PR 18.734	