

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 · N° Guia no Prestador

Londrina 28	DE	EINTERNAÇÃO		
1 - Registro ANS 3 - Número da 3 4 3 2 6 9	Guia Atribuído pela Operadora			
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 – Data de Valida	ade da Senha
<u> </u>			/s 902 // /s 50 50 700 //	
Dados do Beneficiário				RIADEUL AND
7 - Número da Carteira	1636396	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento	a RN
50 - Nome Social	46/20/2/8/8/			
	neide mare	ware-		
10 - Nome		0		
				_
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 14 - Nome do Profissional Solicitante CESAT ECCORO	125Nome do Cor	ntratado		
	suardo C.F. Martinsnome do com suardo com suardo com suardo com com suardo com suardo com suardo com com suardo com suardo com suardo com suardo com com suardo com suardo com suardo com suardo com suardo com com suardo com suar			
14 - Nome do Profissional Solicitante	Juards Traumators	5 - Conselho Profissional	,	17 - UF 18 - Código CBO
Ortope	2018 PR 22.34	Fiolissional		
14 - Nome do Profissional Solicitante at EC CeSat CONO CONO Dados do Hospital /Local Solicitado / Dado	s da Internação			
	20 - Nonie do P	Hospital/Local Solicitado	21 - Da	ata sugerida para internação
	nternação 24 - Regime de Internação	V-1-	são de uso de OPME 27 – Pre	evisão de uso de quimioterápico
			4 1	
28 - Indicação Clínica	1	7. 1		1
	who de	lenare.	Juli	wila
			// \(\)	
CIA	000	miles has	Canan	
	or a con	round July	Well	
		/		
29-CID 10 Pringipal (Opcional) 30 - CID 10	0 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Op	cional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - I	ndicação de Acidente (acidente	au danna ralasianada)
///\\ (U\		J	ndicação de Acidente (acidente	ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solid	citados		AND LANGUAGE THE SER	
34-Tabela 35 - Código do Procedimen	ato ou 36 - Descrição	0111	37 - Qtde	Solic 38 – Qtde Aut
01-11-60-31	IN IN	mondy !	Indue	I III
02-1 3 3	24 Jam	mante and	<u> </u>	
03-				
05-		10-		
06-		211		
07-				
08- _		J		
09- _				
10-				
11-				
Dados da Autorização			And the second	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diarias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizad	do 42 Nome de He	anital / Local Autorizada		[44 av n avea
	43 - Nome do Ho	spital / Local Autorizado		44 - Código CNES
45 – Observação / Justificativa				
C. F. Martins				
Grand Taymatologia				
46-Data da Solicitação 47-	Assinatura do profission de licitoria	48-Assinatura do Beneficiário o	u Responsável 49-Assinatura	ı do Responsável pela Autorização
	Assinatura do prissipi ar Solician po			