

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

- N° Guia no Prestador

Londrina					
	Número da Guia Atribuído p	ela Operadora			
3 4 3 2 6 9	<u> </u>	<u> </u>			
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 – Da	ita de Validade da Senha
Dados do Beneficiário			<u>- - </u>		
7 - Número da Carteira	<u> </u>	<u> </u>	8 - Validade da Carteira	9-4	Atendimento a RN
005000 000 3 23 5 98 30 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/					
SULIANA C. OVIVERA					
10 - Nome					
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado					
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CBO					
Profissional Land Land Land Land Land Land Land Land					
Dados do Hospital /Local Solid			·		
19- Código na Operadora / CNI	PJ	20 - Nome do Hospital/Local	Solicitado V 10175		21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento	23-Tipo de Internação 24 - 5		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		E 27 – Previsão de uso de quimioterápico
	25 III O II O II O II O II O II O II O I	A GIGE.	Ol		= 27 - Frevisão de aso de quimioterápico
28 - Indicação Clinica		7			<u> </u>
Ana	WITE	RSORME, NOVITE	7 C4	Can	
P(10)	10012		,	. 2	Ca. 1
- $ -$	NE S	POVITE	e Co	15/10	P774.
			DETHO	_	
		ے ک	DEUMO	DIX	2
					·
29-010 10 Principal (Opcional)	30 - CED 19 (2) (Opcional)	31 - CID 10 (3) (Opelorat) 32	CID 10 (4) (Opcional)	3 - Indicação de Aciden	te (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itana Assis					
34-Tabela 35 - Código do	Procedimento ou 36	- Descrição			37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
	stenciai	OSTEDCE	sno por	57À,	
02-1 1 1 1 1 1		GINOVER	Tanis	TOTAL	
03-				 	
04-11	<u> </u>	ITAXA	1100	l	
05-		1/4 my	5 MAVEN	<u> </u>	
06-		1/24010)	retour	(A)	
07-[_			l.	
08-					
10-1					
11-				l_	
12-					
Dados de Autorização	40 O44- D	anian Autorian das 144 Tt J	4		
39 - Data Provável da Admissão		arias Autorizadas 41 - Tipo da	a Acomodação Autorizada		
42 - Código na Operadora / CN		43 - Nome do Hospital / Local /	— Autorizado		44 - Código CNES
		The state of the s			
45 - Observação / Justificativa		L Mit Bergan Art Spirit			
Dr. Joeo Pauls					
48-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profissional Solicitação 48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização RMPR 28617 48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização					
		CKIMPR 28617	Huliono 20	William 1	
			STUDIO ST		