GUIA DE SOLICITAÇÃO 2. Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO
FUNDAÇÃO SANEPAR DE INTERNAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário 7 - Námero de-Carteira 8 - Validade da Carteira 9-Atendimento a RN
<u> </u>
10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde
her Coplos de Masses minimum
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação
19 Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação
23 Carátor de Atendimento 23 Tipo de Internação 24. Regime de Internação 25 - Orde, Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica
phox bello on
phoh pello ph
V
29-CID 10 Principal 30 - CID 10 (2) 31 - CID 10 (3) 32 - CID 10 (4) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
MILE LUI
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 25 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
filter Assistancial 4 M M 2001 D To M
or before the second of the se
03-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
04-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
05-[]
06-11-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-
or to the first
08-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11
10-
W-
42
Dados da Autorização 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde, Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES
45 - Observação (Justificativa - (*) PAR SONA
46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profiseional-Solicitante 48-Assinatura do Beppficiário ou Responsável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização
46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profiseional Solicitante 48-Assinatura do Beneficiario ou Responsavei 49-Assinatura do Profiseional Solicitante
Dr. Marcus V. Danieli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734