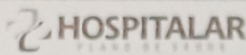


Corlel

9.8494-7143



Rua Senador Souza Neves, 1922
Londrina - PR - CEP 85015-180
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 de 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	
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			
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			
29 - CID 10 Principal (Opcional)			
30 - CID 10 (2) (Opcional)			
31 - CID 10 (3) (Opcional)			
32 - CID 10 (4) (Opcional)			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	30.729.27-0	Reptura de tendão de Aquiles	01	
02	30.731.22-4	Transfusão única de sangue	01	
03				
04				
05				
06				
07		OPM - Fio de alta resistência (H.F.)	01	
08				
09				
10				
11				
12				

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa					
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

José Everaldo P. Filho
Ortopedia e Trauma
CRM