

Rua Senador Souza Naves, 1922 Londrina - PR CEP 86015-430 Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº L	Π		Ш	Ш		
----------	-------	--	---	---	--	--

PLANO DE SAUDE	1 - Registro ANS 326755	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de validade da Senha	6 - Data de	Emissão da Guia
Dados do Beneficiário / Paciente						
7 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira				
0 - Nome completo		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
PAULO CESAR URSI						
A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR						
2 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		3 - Nome do Contratado		14 - Código CNI		
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profission		17 - Número no Conselho 19475		19 - Código CBC
DANIEL FERREIRA FER	RNANDES VIEIRA la Internação	CRM		15175		
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		1 - Nome do Prestador				
2 - Caráter da Internação	23 - Tipo de inter	nação				
E - Eletiva U - Urgência/Emergênci	cia 1 - Clínica	a 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4	Pediátrica 5 - Psiquiátrica			
24 - Regime de Internação	25 - Qt	de. Diárias Solicitadas				
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - I	2miciliar 1	2				
^{16 - Indicação} Clínica LESÃO DO MANGUIT SINDROME DO IMPA	CTO NECESSITA	NDO ACROMIOPLA	ASTIA			
ARTROPATIA ACRON	HOCLAVICULAR	COM NECESSIDAD	E DE RESSECÇÃO LA	TERAL CLAVICULA		
	empo de Doença		ação de Acidente			
A - Aguda C - Crônica	A - Anos M - Mese	s D - Dias	- Acidente ou doença relacionad	a ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outro	s	
30 - CID Principal 31 - CID (2)	32 - CID (3) 33	- CID (4)				
M75.1						
Procedimentos Solicitados	ASSESSED BY					
4 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37	Qtde. Solict.	488 Qtde. Aut.
	2072F0C0 B	UPTURA DO MAN	SUITO ROTADOR			1
			JOHO KOIMBOK			1
	30735033 A	CROMIOPLASTIA				
		~				1
PM Solicitados		ESSECÇÃO LATERA	L CLAVICULA			
9 - Tabela 40 - Código do OPM 41 - Desi	crição OPM A	NCORA 5mm C/2 FIOS		42 - Qtde, 43 - Fabricante		44 - Valor unitário
	Р	ONTEIRA SHAVER (N	NOLE/OSSEA)			-2
		RADIOFREQUENCIA	monopolar			1
	EQUIPO 4 viaS					
		CANULA ARTROSCO	OPICA			1
ados da Autorização		ALC 200000 18 F000				
5 - Data Provável de Admissão Hospitala		Autorizadas 47 - Tipo de a	acomodação autorizada			
8 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		49 - Nome do Prestador Autoriz	rado			50 - Código CNE
1 - Observações						
2 - Data e Assinatura do Médico Solicitar	el F. F. Vieiro	53 - Data e Assinatura do Bene	ficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Resp	oonsável pela	Autorização
Ortopedia	9475 TEOT 991:][