Unimed 1

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela	Operadora			
3,4,3,2,6,9	1 1 1 1 1			
4 - Data da Autorização 5 - Senha			e p.	- 1- 1/2 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1
			l I I I I I I	a de Validade da Senha
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	2	8 - Validade da Carteir	ra 9-At	endimento a RN
0005 000001406353	2		/	
50 - Nome Social				
10 - Nome				
1/21/22 1/22/can				
Dados do Contratado Solicitante	41,000			
12 – Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conse Profis	lho sional 16 - Número no Conse	lho	17 - UF 18 - Código CBO
Dados de Harrifel II - 10 II / 1 T	l l			
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ	20 North H. 11 11			
	20 - Nome do Hospital/L			21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Reg				
E	25 - Q	de. Diarias Solicitadas 26 – F	Previsão de uso de OPME	27 – Previsão de uso de quimioterápio
28 - Indicação Clínica				Ц.
Kustan	LCA +	10000	+ _	
		000000 52	11- ODELL	
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31	- CID 10 (3) (Opcional)	22 CID 40 (4) (0 1 11		
		32 - CID 10 (4) (Opcional) 3	3 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - De Item Assistencial	scrição			37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
01-1-11-13043304311	Kechastra	CTU ICA		1
02-11130633001	Coarteral	25 24		
03-1111308342461172.	v570510=1		cions La	
04-	TAXZ di		7 1 10000	
05- _				
06-				
97-				
N-L		ide		
19-	TOGG ELDE			
0-1_1_1_1_1_1_1_1_1	tosp de	interterence	- NOSSEVIME	
1-1	12-14a	de shaver	<u> </u>	3
2-				
9 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias	Autorizadas 41 - Tipo	da Acomodação Autorizada		
2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	- Nome do Hospital / Loc	al Autorizado	=	44 - Código CNES
				- Codigo CNES
5 – Observação / Justificativa				
815tt 1085 / s/n	OL IId WSO			
6-Data da Solicitação 47-Assinatura do Brofission	1010	48-Assinatura do Beneficiário	ou Peens	
TITLE DAGSSUS IT I I I I I I I I I I I I I I I I I I	11.	10-Assiriatura do Beneficiario	49-Ass	sinatura do Responsável pela Autorização