

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº						
--------	--	--	--	--	--	--

IOCDITAL AR	gistro ANS	3 - Data da Autorização 4	- Senha	5 - Data de validade da	Senha 6 - Data de 6	Emissão da Guia
PLANO DE SAÚDE	326755					
Desde 1967 os do Beneficiário / Paciente				Control Control		
lúmero da Carteira		9 - Validade da Carteira				
		11 - Número do Cartão	Nacional de Saúde			
NGERALTA DE OLIVEIRA CA	AMPOS			11 - Numero do Cartac		
os do Contratado Solicitante						14 - Código CNES
Código na Operadora / CNPJ / CPF	13	- Nome do Contratado		17 - Número no C	Conselho 18 - UF	19 - Código CBO S
NDANIEU FERREIRA FERNAI	NDES VIEIRA	CRM	16 - Conselho Profissional		9475 PR	
dos do Contratado Solicitado / Dados da Inte	ernação	D I I				
- Código na Operadora / CNPJ / CPF	21	I - Nome do Prestador				
- Caráter da Internação	23 - Tipo de intern					
E - Eletiva U - Urgência/Emergência	1 - Clínica	a 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica	4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica			
- Regime de Internação 2	25 - Qt	de. Diárias Solicitadas 2				
LESACONDO WANGUITO RI						
- ENADA - SERVINO TO THE PROPERTY OF THE PROPE	NECESSITAN	ECESSITANDO REPA	RU			
SINDROWE DO IMPACTO	NECESSITAN	DO ACROMIOPLAST	1A			
ARTROPATIA ACROMIOCI	LAVICULAR C	OM NECESSIDADE D	DE RESSECÇÃO LAT	ERAL CLAVICUI	Α	
ipótese Diagnóstica		OO Indian	ção de Acidente			
1 - Tipo do Booriga	oo de Doença		Acidente ou doença relacionac	da ao trabalho 1 - Trâns	ito 2 - Outros	
A - Aguda C - Crónica	A - Anos M - Me		Acidente da doctiga rollado.			
30 - 10 10 Epin ipal 31 - CID (2)	2 - CID (3)	3 - CID (4)				
Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	Commission of the second of the second			37 - Qtde. Solid	ct. 38 - Qtde. Aut.
		TURA DO MANGUI	FO BOTADOD			
			O ROTADOR			_1
3	735033 ACR	OMIOPLASTIA				_1
4						
5- ——————						
OPM Solicitados	ANCO	PRA 5mm C/2 FIOS		42 - Qtde.	43 - Fabricante	2 44 - Valor unitári
39 - Tabela 40 - Código do OPM	41 - Descrição OF	TEIRA SHAVER (MOLE	/OCCEAN	42 - Qide.	43 - 1 abricante	
1						_2
2		IOFREQUENCIA mo	nopolar			_1
4	EQU	IPO 4 viaS				
j	CAN	ULA ARTROSCOPICA				
Dados da Autorização						1
15 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde Diária	s Autorizadas A DE VIDEO	acomodação autorizada			
8 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		49 - Nome do Prestador Autori	zado			50 - Código C
1 - Observações						
Dr. Daniel	r. F. Vieira					
2 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	FIDE OT 9938	53 - Data e Assinatura do Bene	eficiário ou Responsável	54 - Data e Assir	natura do Responsáve	al pela Autorização
1						
	+					
		and the second s				
			the second transfer and transfer and the second transfer and tran			