

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Operadora				<u>K</u>		
343269								
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data o	le Validade da Senha			194	
Dados do Beneficiário								
7 - Numero da Cartaira	9061	R-Validade da	Carteira	9 - Atendimento	de RN	17		
10 - Nome	0	0 1				11 - Cartão Naciona	I de Saúde	
Miriane	you	res Trat	isto			4	entron servicia di disensi	
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado				0.5	X	
12 - Codigo na Operadora		13 Nome do Comanado						
14 - Nome do Profissional Soliciante	,	. 7		15 - Conselho Pi	rofissional	16 - Número do C	onselho 170UF	18 - Código CBO
11 rances co	Noon or		indes	CKW]	28835		
Dados do Hospital / Local Solicitado 19 - Código na Operadora / CNPJ	1	nação Nome do Hospital / Local S	Colinitado			l la	Data suppode not	a latance de
19 - Coulgo ha Operadora / CNP2	20 -	Nome do Hospital / Local S	SORCIAGO			2	1 - Data sugerida pal	a internação
22 - Caráter de Atendimento 23	- Tipo de Interna	ção 24 - Regime de inte	mação 25 - Qtd	e, diárias Solicitadas	26 - Previsā	o de uso de OPME	27 - Previsão de u	so de Quimioterápico
				7.00			100	
28 - Indicação Clínica	1	ocendra	0	10.,	- 0 :-	200	010. I	=60
heras	oste	ocondra	l colo	- Taxu	うん	100,00	allo (2 4 X
1.00.000							0	
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (c	ppcional) 31-CID10(3) (national Tab CID	0(4) (opcional) 33	Indianala da	A side star (side star	3-1	del
SOLO A	W 10	A 31-CID (0(a) (opcional) 32-GID1	u(4) (opcional)	- indicação de	Accente (accente	ou doença relaciona	38)
Procedimentos ou Itens Assistenciai	1.00	1.11						
	100000000000000000000000000000000000000		ME THE 18			1 11000		
34 - Tabela 35 - Cadiga do Pro	cedimento 5	6- Desperso	ndrop	enstin-	- 07	der	37 - Qtde. S	olic. 38 - Qtde. Aut.
2-1 1 1 1 1 1		de to	nnozel	N			_ - - -	
3-1 1 1 1 1 1			· · · · · ·				_ _	
4-		1	20.00					
5-	1 1 1 1	#materia	##					
6-		.1. —	9 9	-				
7-		kit mer	aicople	Suos	- il			
8		Shaver	3,5"		arth	vom		
9-		micros	eura		-			
10-11		Cala	11-	. 0-	- 7)		
11-		Canulad	D 7,5	> 6M	uhl	,	_ _	
12-							_	
Dados da autorização					E - 1 3c		0.000	
39 - Data provável da Admissão hos	pitalar 40 -	Qtde Diarias Autorizadas	41 - Tipo de acomoc	ação autorizada		7.		
_ _ / _ _ /								
42 - Código na Operadora / CNPJ a	utorizado	43 - Nome do Hospital / Lo	ocal Autorizado					44 - Código CNES
45 - Observação								
TO - Observação								
							KETT	
	/							
	/		Jac	THE REST				
		Marcos Cajueiro Fe	rnandes				201	
46 - Data da Solicitação	47 - Assinato	Marcos Cajueiro Fe Ortopedia e Frauma Ortopedia e Frauma	101081a 48 - Ass	inatura do Beneficiári	o ou Responsé	vel 49 - Assir	natura do Responsáv	el pela Autorização
	III \	CEM 28835	e III			- 11		