

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

Londrina	
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
3,4,3,2,6,9	
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 -	Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN
	11
50 - Nome Social	
10-Nome Elio Sussumo OBARA	
Dados do Contratado Solicitante	
12 – Código na Operadora 13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante / 15 - Conselho 16 - Número no Conselho	17,- UF ₇ 18 - Código CBO
popumo S Karasta Profissional 5460	DR 16 Codigo CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação	
	21 - Data sugerida para internação
19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado SANTA CASA de Lou due	> _ _ / _ _ / _ _
22. Carátar do Atandimento 22 Tino de Internação 24. Pagimo de Internação 25. Otdo Biárico Calicita dos 20. Bassica do usa do Cal	DMF 07 D
28-Indicação Clínica Pari ente Corne An Trore de de corpo hivre Anticular. Ne cante mento composition con con contra mento con con con con con con con con con co	
28 · Indicação Clínica Prince et Coron AnTrore de	Le pelo d'nés
12 5 de mariscos (deceneratures) e	2 com presenga
Cesar de Maria	en tota-
de corpo hore Anticulan. Ne contre	e de
meila (merio	
William 8	
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid	
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição	
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) M 32 - CID 10 (2) (Opcional) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial O1-1 3 P 7 3 3 0 6 9 Vi deo An Tuorion, para Mei Suc	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) M 32 - CID 10 (2) (Opcional) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial O1-1 3 P 7 3 3 0 6 9 Vi deo An Tuorion, para Mei Suc	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) M 32 - CID 10 (2) (Opcional) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01- 30 7 3 3 0 6 5 02- 30 7 3 3 0 6 5 03- 4 5 6 6 04- 6 6 05- 6 06- 6 06- 7 7 7 7 7 7 ORAMAN MEN ANAMAN MEN ORAMAN MEN	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01- 30 7 3 3 0 6 5 02- 30 7 3 3 0 6 5 03- 4 5 6 6 04- 6 6 05- 6 06- 6 06- 7 7 7 7 7 7 ORAMAN MEN ANAMAN MEN ORAMAN MEN	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) M 32 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01- 30 7 3 3 0 6 5 02- 30 7 3 3 0 6 5 03- 4 5 6 6 04- 6 6 05- 6 06- 6 06- 7 7 7 7 7 7 ORAMAN MEN ANAMAN MEN ORAMAN MEN	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) M 32 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) M 3 2 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Itens Assistenciais 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) M 32 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) M 32 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-1 3 P 3 3 0 6 5	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 01-	dente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 130 - CID 10 (2) (Opcional) 131 - CID 10 (3) (Opcional) 132 - CID 10 (4) (Opcional) 133 - Indicação de Acid 141 - Tipo da Acomodação Autorizada 29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid 24 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid 24 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid 25 - Codigo do Procedimento ou Item Assistencial 36 - Descrição 26 - Descrição 27 - CON ANO PLASTICA (REMISSION COM PROCEDED LA COM ANO PLASTICA (REMISSION COM PROCEDED LA COMPANSION COMPANS	dente (acidente ou doença relacionada) 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut 7,
29-CID 10 Principal (Opcional) M 23 2 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistenciai Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistenciai Vi deo A no Tuorionici prova Mexi Successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi una	dente (acidente ou doença relacionada) 37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut 3,
29-CID 10 Principal (Opcional) MARIA Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35-Código do Procedimento ou Item Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35-Código do Procedimento ou Item Assistenciais Vi deo ART VOLONIA prova Meu Success 02-1 29073 3019 1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 03-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 04-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 06-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 08-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 08-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 10-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 11-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 12-Código na Operadora / CNPJ autorizado 13-CID 10 (3) (Opcional) 32-CID 10 (4) (Opcional) 33-Indicação de Acid 33-Cid 10 (4) (Opcional) 33-Indicação de Acid 33-Cid 10 (4) (Opcional) 33-Indicação de Acid 33-Indicação de Acid 34-Remuo Caro 44-Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 44-Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 45-Observação / Justificativa 40-Qtde. Diarias Autorizada 41-Tipo da Acomodação Autorizada 43-Nome do Hospital / Local Autorizado	dente (acidente ou doença relacionada) 37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut 3,
29-CID 10 Principal (Opcional) MARIA Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35-Código do Procedimento ou Item Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35-Código do Procedimento ou Item Assistenciais Vi deo ART VOLONIA prova Meu Success 02-1 29073 3019 1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 03-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 04-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 06-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 08-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 08-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 10-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 11-1 Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 12-Código na Operadora / CNPJ autorizado 13-CID 10 (3) (Opcional) 32-CID 10 (4) (Opcional) 33-Indicação de Acid 33-Cid 10 (4) (Opcional) 33-Indicação de Acid 33-Cid 10 (4) (Opcional) 33-Indicação de Acid 33-Indicação de Acid 34-Remuo Caro 44-Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 44-Con Aro Plastifia (Remuo Caro) 45-Observação / Justificativa 40-Qtde. Diarias Autorizada 41-Tipo da Acomodação Autorizada 43-Nome do Hospital / Local Autorizado	dente (acidente ou doença relacionada) 37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut 3,
29-CID 10 Principal (Opcional) M 23 2 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistenciai Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistenciai Vi deo A no Tuorionici prova Mexi Successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi deo A no Tuorionici prova Vi una successiva Vi una	dente (acidente ou doença relacionada) 37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut 3,