TEBLETINHA



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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

| 2 - N° | | | L | L | | l | |
|--------|--|--|---|---|--|---|--|

| HOSPITALAR 1- | Registro ANS 326755 | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data de validade da Senha | a 6 - Data de Emissão da Guia | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|---|--|---------------------------------|--|--|--|
| Dados do Beneficiário / Paciente | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 8 - | | 9 - Validade da Carteira | | | | | |
| 10 - Nome completo | TERME | = M. N | MSUFO | 11 - Número do Cartão Nacio | nal de Saúde | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 13 | - Nome do Contratado | | | 14 - Código CNES | | | |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | | | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselh | no 18 - UF 19 - Código CBO | | | |
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da I | nternação | | | | | | | |
| 20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | | - Nome do Prestador | EZ . | | | | | |
| 22 Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de interna 1 - Clínica | | 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica | × | P | | | |
| 24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - D | | e. Diárias Solicitadas | | | * | | | |
| 26 - Indicação Clínica | TURS | NE. | isco | MOTAL | | | | |
| e (| 472 | M | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | | |
| 27 - Tipo de Doença 28 - Temp L A - Aguda C - Crônica L - L | oo de Doença A - Anos M - Meses | | eção de Acidente - Acidente ou doença relacionad | la ao trabalho 1 - Trânsito 2 - C | Dutros | | | |
| 30 - CID Principal 31 - CID (2) 3: | 2 - CID (3) 33 - | CID (4) | • | | | | | |
| Procedimentos Solicitados | EAL SELECTION OF | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 30+33057 | 36 - Descrição | Scoton | is Loss | 37 | - Qtde. Solict. 38 - Qtde. Aut. | | | |
| 2. 30+72065 | 501 | voy res | no mo | | | | | |
| 5- | | | | | | | | |
| OPM Solicitados | at a tomba tapal securities | the profession of the con- | | A. P. R. D. B. L. M. B. D. B. D. | | | | |
| 39 - Tabela 40 - Código do OPM 1 | 41 - Descrição OPM | 4 ns | CHAIN | 42 - Qtde. 43 - Fa | bricante 44 - Valor unitário | | | |
| 2 3 4 1 | 3 6 | os AGU | LYADOS 5 | Corest Nan | 58 - | | | |
| 5- —— | -> A | ZIII IN | TITA CLA | Plan CAIA | Tions | | | |
| Dados da Autorização | > 16 | 2000115 | 117 0 5001 | 4 000 700 | Cierri) | | | |
| 45 - Data Provável de Admissão Hospitalar | 46 - Qtde. Diárias Au | 47 - Tipo de ad | comodação autorizada | | | | | |
| 48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 49 | - Nome do Prestador Autoriza | ado | | 50 - Código CNES | | | |
| Dr. Joao p Ortopedia CRM/ | aulo F. Guerreiro | - Data e Assinatura do Benefi | | | | | | |
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante | 53 | - Data e Assinatura do Benefi | iciário ou Responsável | 54 - Data e Assinatura do Res | ponsável pela Autorização | | | |