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

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº	1.1	11	Ţ	1 1	11	1.1	1.1
2 - 11	$\perp$			<u>_</u>		—	—

LICCDITAL AD	1 One. (40) 00 10 700						Date de	e Emissão da Guia
HOSPITALAR	1 - Registro ANS	i l	Autorização	4 - Senha		Data de validade d	a Sennar 6 - Data di	e Emisseo de Com
PLAND DE SAÚDE <b>Desde 1967</b>	3267	55		J [	ــــ			
ados do Beneficiário / Paciente		8 - Plano			9	Validade da Carte	ira	
- Número da Carteira		g - ; igilo				_		
						- Número do Carta	io Nacional de Saúde	
0 - Nome completo	Jons_	7	~~	DRIN				
Dados do Contratado Solicitante	0700			<del></del>				7
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	<del></del>	13 - Nome do C	ontratado					14 - Código CNES
Z Oodigo na operation								I do Cádino CBO S
15 - Nome do Profissional Solicitante	more	(		16 - Conselho	Profissional	17 - Número no	Conselho 18 - UF	19 - Código CBO S
ados do Contratado Solicitado / Dados								
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPR		21 - Nome do P	restador					
		]						
22 Caráter da Internação	23 Tipo de							
E - Eletiva U - Urgência/Emerg	gencia 1 - Cl	línica 2 - Cirúrgic	a 3 - Obstětric	ca 4 - Pediátrica 5	- Psiquiátrica			
24 - Regime de Internação	25	- Qtde, Diárias So	olicitadas					
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia	3 - Domiciliar	9/						
26 - Indicação Clínica				( 01				
tua 6	ande 5	inovác	9 1	bell.	CI	9		
/war o		1100017	~ /r			$\sim$		
			V					
Hipótese Diagnóstica								
27 - Tipo de Doença 28	Tempo de Doença			dicação de Acidente		T-3-	- ite 2 Outroe	
A - Aguda C - Crônica	A-Anos M	- Meses D - Dias		0 - Acidente ou doe	nça relacionada a	o trabalno 1 - Irai	19110 2 - Odiros	
30 - CID-Principal 31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)						•
M 03		<u> </u>						
Procedimentos Solicitados							37 - Qtde. So	olict. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do Procedir	mento 36 - Descrição	- 5/n	WVIE	(Ama	- SiNO	Wh/	_97_	
1 <del></del>	7 VIV	<u> </u>						
2		OF	VIOL	<u> </u>			_ <u>91_</u> _	
3-								
5- —								
OPM Solicitados						42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitári
39 - Tabela 40 - Código do OPM	41 - Descriçã	/ /					_	<u> </u>
1	- 180ml	* JW	Whz	10.7				
2								
4								
5- —— ———								
Dados da Autorização								
45 - Data Provável de Admissão Hos	pitalar 46 - Qtde. I	Diárias Autorizadas	s   47 - Tipo	de acomodação aut	orizada	·		
								50 - Código Cl
48 - Código na Operadora / CNPJ / C	CPF	49 - Nome	do Prestador A	utorizado				
51 - Observações		 11						
	Dr. Marcus V. Dani							
Orto	opedia e Cirurgia do	odiaol						
L	CRM/PR 18.734					54 - Data e Assi	natura do Responsávo	el pela Autorização
52 - Data e Assinatura do Medico So	olicitante	53 - Data e	: Assinatura do	Beneficiário ou Resp	ounsavei	Sala c / lasi		
		_	_/			!		
— '— '— <del>                             </del>								