GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 · Nº Guia no Prestador

Londrina 2 t	DE IN	IERNAÇAU	
1 - Registro ANS 3 - Número	da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 – Data de Validade da Senha
			1
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 965	27 533 900-1	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN
50 - Nome Social	X+ 533 900-1		
MI S	on de f.	TOKENS	
10 - Nome			
Dados do Contratado Solicitante			
12 – Código na Operadora	13 - Nome do Contratado)	
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Con	selho issional	17 - UF 18 - Código CBO
Dagos do Hospital /Local Solicitado / E	Ondoe do Internação		
19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospita	I/Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação
		Turolt	
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo	de Internação 24 - Regime de Internação 25 -	Qtde. Diárias Solicitadas	de OPME 27 – Previsão de uso de quimioterápic
28 - Indicação Clínica			
/253	1/1-1	0 5 / /	21
EST	al + m	8.56 pel	L
	C12		
			4
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - C	ID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional)	32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de	Acidente (acidente ou doença relacionada)
2/13			
Procedimentos ou Itens Assistenciais 34-Tabela 35 - Código do Procedi			27 Otdo Solio 29 Otdo Aut
34-Tabela 35 - Código do Procedi Item Assistencial	D 186	- 10	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
01-1 1 20 1 20	73 1 2000	ag ki	
02-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	16 pem	Cp mon	
04-	The second	nas	9711111
05-			
06- _	III pha r	Sqlebe	
07-	ant she	VS2	
08-	Can Can	in For absorband	
10-	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	TAST TIPECTIVE	
11-	Kt RROMO	mensal sllinsic	de la
12-		(Trunshich)	<u> </u>
Dados da Autorização 39 - Data Provável da Admissão Hospit	alar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 -	Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ auto	rizado 43 - Nome do Hospital	Local Autorizado	44 - Código CNES
45 – Observação / Justificativa	Dr. Marco V Canieli	10	
adia e Cirus Ioelho			
46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profissional Solicitante 48-Assinatura do Beneficiário, pu Responsável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização			
46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante	48-Assinatura do Beneficiário pu Responsá	vel 49-Assinatura do Responsável pela Autorização
		Maril Acar Valo Di	C)