

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

3	
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
0005 000 0041137933	3 - Atendimento a KN
10 - Nome 11 - Ca	rtão Nacional de Saúde
Lizabete provide Matin	
Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado	
Lordo C. F. Martins	
14 - Nome do Profissional Scesan Eduardo C. F. Martins Ortopedia e Traumatologia Ortopedia 22,343	17 - UF 18 - Código CBO
Ortopedia C PA 22.343 Dados do Hospital / Local Solicitado Pados da Internação	
Dados do Hospital / Local Solicitado Poados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação
13- Codigo na Operatora / CNP3	
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão d	
22 - Salator do Atolitamiento 25 - Fipo de micrialydo 24 - Figure de micrialydo 25 - Figure de m	
28 - Indicação Clínica	
20 - Indicação Climica	in An
900000000000000000000000000000000000000	We Merry
dinto 1 - Longro	
o o o o o o o o o o o o o o o o o o o	
29-CID/10/Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - India	cação de Acidente (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 - Indic	agao de Acidente (acidente ou doenga relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição	37 - Otde Solic 38 - Otde Aut
01- 1 Treem Assistencial Market of M	un Oli III
02-	Aug
03-	
04-	
05-	
06-	
07-	<u> </u>
08-	
09-	
10-	
11-	
12- 1- - - - - - - - -	
Dados da Autorização	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa	
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Fodulana Solicitante : agia 48 - Assinatura do Beneficiário ou R	esponsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
Ortopedia e Traumatologia	
2214/88)73343	