HOSPITALAR

Rua Senador Souza Naves, 1922 Londrina - PR - CEP 86010-180 Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Su	lia Atribuído pela	Operadora					
		1 1 1 1	1 1 1 1	F F C	E F F F F			
4 - Data da Autorização		5 - Senha			<u> </u>			
					1-1-1-1		6 - Dat	ta de Validade da Senha
Dados do Beneficiário								
HERMESIPORTO DE	CARVALHO	0			8 - Validade d	a Carteira	0.44	
					1/	1 1/1 1 1 1	9-A1	tendimento a RN
10 - Nome						11 - Cartão N	acional da S	
						III - Cartao N	acional de s	Saude
Dados do Contratado Solicita				31 W 1 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3		The latest	O all a second	
MARCIUS VINICIUS I	DANIELI		13 - Nome d	o Contratado	RM		18734 F	PR
14 - Nome do Profissional So	licitante		11	5 - Conselho	16 - Número n	Constitution		
				Profission	al	Conselho		17 - UF 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Soli	citado / Dados da	a Internação						
19- Código na Operadora / CN	IPJ		20 - Nome do I	Hospital/Local	Solicitado			21 - Data sugerida para internação
22 Courts : : : : : : : : : : : : : : : : : : :								///
22 - Caráter do Atendimento	23-Tipo de Intern	nação 24 - Regir	me de Internação	25 - Qtde. D	lárias Solicitadas	26 – Previsão de uso	de OPME	27 – Previsão de uso de quimioterápi
#C4.0 0.000								
ESAO OSTEOCOND	RAL / MEN	ISCO/ JOEL	HO DIREIT	0				
123.9								
29-CID 10 Principal (Opcional)	30 - CID 10 (2)	(Opcional) 31	- CID 10 (3) (Ope	cional) 32 - I	CID 10 (4) (Opcion	al) 33 - Indicação d	e Acidente (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou la caracteria de la				J L			_	
Procedimentos ou Itens Assist 34-Tabela 35 - Código do	Procedimento ou		scrição		الوجودة التجروبا			
Item Assi: 3073307	stencial '3 RECONS		7.00					37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
	6 TRANSPO						1 _	
3-1 1 30/73804	OLOSTROCC	ONDDODIA	TENDAO				1_	
03- 30/738049 OSTEOCONDROPLASTIA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
5- _	+ INIEINIOUE	UTUMII A					1_	
6-								
7-			OGGLELO				1	
3-1			A DE SHAVE		nanch in		1-	
		PAKAFU	SO DE INT	ERFEREN	CIA		1-	
ados da Autorização 9 - Data Provável da Admissão	Hospitalar	10. Otda Diada						
		40 - Qtde. Diarias	Autorizadas	41 - Tipo da A	Acomodação Auto	rizada		
2 - Código na Operadora / CNF		43	- Nome do Hosp	ital / Local 6:	torizada			
			1100	Eoodi Au	U			44 - Código CNES
5 - Observação / Justificativa			THE PERSON NAMED IN				responding	
				TERRITOR STATE				
6-Data da Solicitação	47-Assina	or Marcus V	nateryelmani	oli 48	Assinatura do Ber	neficiário ou Responsáv	al (40 t)	
////		Ortopedia e	Traumatologia			ou nesponsav	er 49-Assi	inatura do Responsável pela Autorização
		CRM/P	R.18.734					