

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

Londrina	-	L III LIIIAQAO		
1 - Registro ANS 3 - Núme 3 - 4 3 2 6 9	ero da Guia Atribuído pela Operadora			
4 - Data da Autorização				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 – Data de Vali	dade da Senha
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	0.044	
0005 000 00			9-Atendimer	l l
Maria Emilia Compido Igaraxii				
10 - Nome	CON PLOSE	Squiusic		
Dados do Contratado Solicitante				
12 – Código na Operadora	13 - Nome do Co	ntratado		
14 - Nome do Profissional Solicitant	ORMAN			
14 - Nome do Profissional Solicitant SpS8 1 Control Dados do Hospital /Local Solicitado /	Dr. Cesar Educatio C. 9.	5 - Conselho Profissional		17 - UF 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado /				
19- Código na Operadora / CNPJ		Hospital/Local Solicitado	21 - !	Data sugerida para internação
		unioto		
22 - Caráter do Atendimento 23-Tip	o de Internação 24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 – Pre	visão de uso de OPME 27 - P	revisão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica	1 1 1	012 111		,
Λ.	Melilonal	m 1/3/9	()	
C/ /m	meller U	hom		
70				36
	(U		
V				
29-00 10 Arincipa (Opcional) 30 - (CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Op	ocional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 -	Indicação de Acidente (aciden	te ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais				
34-Tabela 35 - Código do Proced	dimento ou 36 - Descrição	1 1	37 - Qtd	le Solic 38 – Qtde Aut
Item Assistencial	216 V PATOM	a man	10000	30 - Qide Adi
01-1 5 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	2 100	100000000000000000000000000000000000000	Man 10	
03-1 300	12 Com Movey	on a live	5 04	
04-1				
05-	150 PM	1 Mmon	01	
06-		7. 01.10		
07-				-
08	V V V V			
09	ur o o on	W.		
10-	N N N N			-!
11-				
12-				J
Dados da Autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospit	talar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada	*	
42 - Código na Operadora / CNPJ auto	prizado 43 - Nome do Ho	spital / Local Autorizado		44 044 0000
		150		44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa				
46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Projet Carra Selicitante	40.4		
	1) 1 M 22.348 1 01 85-2	48-Assinatura do Beneficiário o	ou Responsável 49-Assinatur	a do Responsável pela Autorização