	GU	JIA DE SOLICITA DE INTERNAÇÃO	ÇÃO	2- N°		
1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização	A	alidade da Senha	5 - Data de Emissão da Gu		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		8 - Plano	9 - Validade da Cartei	ra   /		ī
10 - Norme GILBERTO APARECIDO FU	NIC			mero do Cartão Nacional d	s Saúde	
ados do Contratado Solicitante 2 - Código na Operadora / CNPJ / CF	T3 - Nome do	Contratado			14 - Código CNES	
5 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho F	Profesional 17 Mon	nero no Conselho	18 - UF 19 - Código CBO S	
WALTER TAKI ados do Contratado Solicitado / Dad	and the same	CRM		1.000	PR	
0- Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do I	Prestador				
2 - Caráter da Internação	23-Tipo de Internação					
LE E - Eletiva U - Urgênci 24 - Regime de Internação	a/Emergència   _2_   1 - Clínica 2 - Cirúrg   25 - Qtde. Dia	gica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica			
_1 1 - Hospitalar 2 - Hospi 6 - Indicação Clínica	tal-dia 3 - Domiciliar					_
PACIENTE APRESENTOU DORES	EM QUADRIL, RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE	E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DI	Α.			
Hipóteses Diagnósticas						
27-Tipo Doença	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente				
30-CID 10 Principal 31 - CI	D 10 (2)   32 - CID 10 (3)   33	ias	ença relacionada ao Trabalh	no 1 - Trânsito 2 - O	utros	
Procedimentos Solicitados						
34-Tabela 35 - Código do Procedir 1-		ARTROSCOPIA DO QUADRIL AMENTO DO IMPACTO FEMORO	ACETARIU AD	37 - Qtde.	Solict 38 - Qtde. Aut	7
3-1		SWEATO DO IMPACTO PEMORO	ACETABULAR		-   -	ľ
5-  _					-	
OPM Solicitados						
39-Tabela 40-Código do OPM	41-Descrição OPM			_  _ _ _		1
3-	ANCORAS ABSO	DRVIVEL PARA QUADR		_  _ _		
5-  _					_ _	
	_  _ _ _ _ _SHAVER PARTES	OSSEAS PARA QUADRIL		_  _ _ _ _		
		47 - Tipo da Acomodação Autor				
8-          Dados da Autorização	46 - Otde. Diarias Autorizadas					
		Prestador Autorizado			50 - Codigo CNES	
8-	49 - Nome do P	The state of the s			50 - Codigo CNES	
8-	49 - Nome do P	Prestador Autorizado			56 - Codigo CNES	
8-	49 - Nome do P	Prestador Autorizado			56 - Codiga CNES	
8-	49 · Nome do P	Prestador Autorizado	54-Data e	Assinatura do Responsável	pela Autorização	