

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia	Atribuido pela Operadora						
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de Validade da Senha			8	
Dados do Beneficiário		- Kent						
7- Numero da Carteira	36 157=	F78 8 - Validade da	a Carteira	9 - Atendimento	de RN			
Party Control						1 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante			A Dairy Co.				- 14-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7-7	
12 - Código na Operadora		Som FO		o de Lor	duy	0		
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS CAJUEIRO FERNANDES 15 - Conseiliro Profissional						16 - Número do Conselho		
Dados do Hospital / Local Solici	lado / Dados da Inten	nação						
19 - Código na Operadora / CNI	20 -	Nome de Hospital / Local	Solicitado			2	1 - Data sugerida	oata Internação
22 - Caràter de Atendimento	23 - Tipo de Internaç	ção 24 - Regime de inte	ernação	25 - Otde. diárias Solicitadas	26 - Previsā	o de uso de OPME	27 - Previsão d	e uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					-		11	
29-CID10 Principal (optional)	30-CID10(2) (o	prinnal) 31-CID10(3) ((opcional)	32-CiD10(4) (optional) 33	- Indicação de	Acidente (acidente	ou doença relacio	nada)
S96.8 Procedimentos ou Itens Assiste	M65			Sk.	a How		- SHEET VI	
34 - Tabela 35 - Código do 1- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Procedimento	36 - Descrição Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e ou plastia (enxertia) - procedimento videoartroscópico de tornozelo 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.						
3-1113101713	31112171	Tenoplastia do fibula		or .				
4-		#MATERIAL#						
6-		KIT PARA ARTRO LÂMINA SHAVER	OSCOPIA ?	DO TORNOZELO				
8- _ _ _ _ _ _ _ _ _								
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							_ -	
12-								
Dados da autorização			/	THE STATE OF THE STATE OF				
20 - Date provével de Admissão	hospitaler 40 -	Qtdc Dierias Autorizades	41 - Tipe-s	le ecomodeção exterizade		-		
42 - Código na Operadora / CNI	PJ autorizado	43 - Nome do riospital / L	ocal Autoriza	oòo				44 - Código CNES
45 - Observação		/						E TO STORY
	1							
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatu	ra do Profissional Solicitan	ite	48 - Assinatura do Beneficiánio	ou Responsá	vel 49 - Assir	natura do Respons	âvel pela Autorização
[////								

Dr. Marcos Cajueiro Fernandes Ortopedia e Traumatología CRM 28835