

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

	DE INTERNAÇÃO	
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atri		
3 4 3 2 6 9	buido pela Operadora	
4. Data da Auto-ionia		
5 - Sei	ha	6 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		
r - Numero da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
		L_ [_]
10 - Nome	4	1 - Cartão Nacional de Saúde
Champlines des San	alm	r - Cartao Nacional de Saude
Dados do Contratado Solicitante		
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho	
M Nauls mand Che	Profissional Profissional	17 - UF 18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Infer	Tação	
19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
	S Troophal / Eddal Solicitado	21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação	24 Perior d. L.	
\ \	24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previs	ão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápio
28 - Indicação Clínica	2 0	
FRATURA DO MOLEONO	movial (E) desvision.	
	0001111010	
20 CID 40 D.1		
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - In	dicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
		(a aconga relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	27 Ohda C-II. 22 21.
01-1 130772817261) mo Foot tomozelo + peton	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
02-1 30773942		amm to
03-1 30734010	(Dechi)	Dt
	Simovectomin	
04-	. 10 ⁻¹	
05-		
06-	12	
07-		
08-1 1 1 7 3 3 2 6 4 8 2	107/2000	
	427/100m: 10 cm ULM 3/4 × 2	
09-11-100-59-00-14-51-1	1. SITABLE STED MOLES	4,5mm
0-		
1- _ _ _ _ _		
2-		
ados da Autorização	A A	
The second of th	Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
- Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 04 5 000
		44 - Código CNES
5 - Observação / Justificativa		
	1 Makili	
- Data da Solicitação 47 - Assinatura do	Honsstonal Solicitante Honsstonal H	
/ Ortope	Ial I laulita do Beneficiario ou Re	esponsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização