Hospitalar

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da 0	Guia Atribuído pela Operadora					
326755	00000000000					
4 - Data da Autorização 5 - Senha		6 - Data de Validade da Sen	ha			
Dados do Beneficiário			-1 51/			
7 - Numero da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendime	nto a KM			
484525						
50 - Nome Social						
10 - Nome						
Dina Medri	Quels			Market Street Street		
Dados do Contratado Solicitante			- 652 + 2 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	College		
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado					
		15 - Conselho	Profissional 16 - 1	TOTAL CO. CO. CO.	- UF 18 - Código CBO	
14 - Nome do Profissional Solicitante			3 m	28281 8	R	
Hexandre Brover			1			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Códino na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado						
19 - Código na Operadora / CNPJ	Hospital 6	rangelice				
22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Inte		25 - Otde, diárias Solicitadas	26 - Previsão de us	o de OPME 27 - Previsã	io de uso de Químicterápico	
22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Inte	mação 24 - Negamo do minomeço	1	S			
Di Michel	700				00712	
28 - Indicação Climica	a don on toe	Mores que	olo, cem	piera p		
Paciente con	the sem pe	0 - 10		2-1040	acil, o	
10 - 0:3	esperádico,	lexas de 1	nenusco	elle acc	~	
refere plaquere		E ada mout	a cinus	gico per		
Ei murgico Cletivo 1 5 28- Indicação Climbra Com dos em foelho es quesdo, com piera progressiva Paci ente com dos em foelho es quesdo, com piera progressiva refere bloqueio esperádico, lexão de menisco lateral e lexão refere bloqueio esperádico per Condral: Encaminho por tratamento cirrugico per						
Concourse: 6.						
bideoarhoscor	na,					
29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	3 - Indicação de Aciden	te (acidente ou doença rela	900 808	
23-315 (07 11115)						
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				27. 0	ttde. Solic. 38 - Ottoe. Aut.	
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			31-0	De. Schic. co Gastri	
ou item assistencial	= Romas de i	in menusci			ÖÖ	
	Ou item assistencial LLI 13/07/13/3/96/5/ Defecendreplastia Oxfecendreplastia					
2.						
3-						
6- _						
8 1 1 1 16101019141115111 TARK DECORES						
101515191010 USI Lamina de Shabel						
10- 1002126701	Radisfreque	naa				
11-						
12-	.					
Dados da autorização	2 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	da acomodação autorizada	1			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40	- Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo o	ua acutitodayao autoricada				
27/09/23		-1-]		44 - Código CNES	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autoriza	800				
45 - Observação / Justificativa						
Dr. Alexand Oftopedia/Tr incredia c	re Provense					
Ortopedia/Tr	aumatologia			. 1 ^	O leanne	
Circigia o	lo Joelho		N	aterial	Athron	
W. 77. 4	12.47 1.361			1		
[27 4-22	tura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficia	no ou Responsavel	49 - Assmatura do Resc	onsavel pela Autonzação	
46 - Data da Solicitação 47 - Assinal	DIE OF LONG COMM.	H				