

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia	Atribuido pela Operadora			L.		
343269	- Wallard da Gula A	mibuluo pela Operadora					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	(6		34	
Dados do Beneficiano							
7 - Numero da Carteira	0620	8 - Validade da Carteira	9 - Atendiment	o de RN	TOTAL DONE OF THE	W. S. W.	
m20000	XX 6380	33100		T. H. S. C. L. S.			
Musica miz de della					11 - Cartão Nacional de Sa	iúde	
Dados do Contratado Solicitant 12 - Código na Operadora							
		3 Nome do Contratado	so de Lor	dri	<u> </u>		
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código C							18 - Código CBO
MAURICIO F Dados do Hospital / Local Solici		CRM	24650	PR	1 11 22 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00		
19 - Código na Operadora / CNI		ome do Hospital / Local Solicitado			21 - Data	sugerida pata	14-042 ABS - 1
00.00.00					21 - 5018	sugerioa pare	i internação
22 - Carâter de Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas	26 - Previsā	o de uso de OPME 27 - F	Previsão de us	so de Quimioterápio
28 - Indicação Clínica							
DOR NO OLIADRIL OF CONTO 1 2 miles							
EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANCADA							
DOR NO QUADRIL Do cento e seguido. EXAME DEMONSTRA ARTROSE AVANÇADA FOR Mois in portante a divolu							
for mon in journal a course							
			1				
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcid	onal) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional) 33 -	Indicação de /	Acidente (acidente ou doen	ça relacionada	a)
Procedimentos ou Itens Assisten	ciais Solicitades						
34 - Tabela 35 - Código do F		3 - Descrição				11.000	
		ARTROPI ASTIA DI	E QUADRII	wil	o e tha	37 - Otde Sol	ic 38 - Qtde. Aut.
2-	<u> - - - -</u>   -						
3-   _      _ _ 4-	<u> - - - - </u>					_ _ _	
5-							
6-   _	<u>                                 </u>	ASTE FEMORAL OMENIADA	WAD GIMENTAI	A·	2X		
7-   PRÔTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA							
9-							
10-		MENTO ORTOPEDIGO		rt	30		<u> - - -</u>
						_ _ _	
12-					i		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão h	profitation III to the					1202	- 14 15 15 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
_ /  _ /	Vapitalai   40 - Qt06	Diarias Autorizadas 41 - Tipo di	a acomodação autorizada		0.0		
2 - Código na Operadora / CNP.	autorizado 43 -	Nome do Hospital / Local Autorizad	do				4 - Código CNES
		W - San Carrier	550			"	- GOVING CIVES
5 - Observação							140-11
6 - Data da Solicitação	47 - Assinature de	Profissional Solicitante	48 - Assingture de Passfelde	Doen-est	1 1/40 655555	200000000000000000000000000000000000000	
_ _ / _ _ / _ _ _ _		Profesional Soliciante	48 - Assinatura do Beneficiário o	u nesponsave	49 - Assinatura do F	responsavel p	ela Autorização
	Dr. M	PD 1 2 KEED					