

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS	2 113									
343269	3 - Numero da Gu	ila Atribuldo pela Operad	ora				1			
31 (March 1, 1) (M.)										
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de Vali	dade da Senha			24		
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira	- N. VO	8 - Validade	e da Carteira		9 - Atendimento	de RN	1			
100200000	OVGT	629			1000		1			
10 - Nome	0]			
tlang	(in ten	nia Rn			Onet	_	11 - Cartão Nacio	nal de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante	UTITO	no sa	ccan	un	Costa					
12 - Código na Operadora		1 12 1					_	K		
Line real as was a second		13 - Nome do Contrata		926			1)	1		
TV - VS		HOSPITA	AL DO C	ORAÇÃO	DE LONE	DRINA	Taes	sme	(34)	
14 - Nome do Profissional Solicita	ante				- Conselho Pro		16 - Número do	Consolha		
MAURICIO R				GOOD CONTROL	Car or common	15.4				
Dados do Hospital / Local Solicita	do / Dados da Inter	mação			Villa III	CRM	24650) PF	₹	
19 - Código na Operadora / CNP,	20 -	Nome do Hospital / Loc	al Solicitado					M. Davis		
		HOSDIT	AL DO	CDACTO	DE 1 0111			21 - Data sugerida	pata Internação	
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Interna	ção 24 - Regime de i	ML DO C	ORAÇÃO	DE LON			X (1)	× **	
		z Regime de l	nemação	25 - Qtde. diària	s Solicitadas	26 - Previsão	de uso de OPME	27 - Previsão d	le uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica								3-		
26 - Midicação Cimica										
		h	-							
Parameter District Control of the Co	I	75001 D								
DOR NO QI	UADRIL 4	7,10000								
EXAME DE	MONSTRA	ARTROSE AV	ANCAD	Δ						
29-CID 10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (op	ocional) 31 CIDANA	/						15-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-	
1/10-0	10,0,0,2,1,0,2	31-CID10(3)	(opcional)	32-CID10(4) (opc	ional) 33 - II	ndicação de A	cidente (acidente	ou doença relacion	nada)	
Proceed imperious as the second imperious and		LEGISLO								
Procedimentos ou Itens Assistencia										
34 - Tabela 35 - Código do Pro	ocedimento	36 - Descrição			* .	0 0		37 - Otdo	Solic 38 - Qtde Aut	
- 3 0 7 2	4 0 5 8	ARTROPLA	STIA DE	QUADRII	DIR	ET MO		1 101	1 I I I I I	
^{}-}			000000000000000000000000000000000000000					_ - - -		
- _ _ _	_ _ _ _								- !- - -	
	_ _ _							_ _ _ -	- - - -	
								_ _ _	_	
- _ _ _ _		HASTE FEMORALO	MPOPARA	NAO C	IME	MAN	(T)	_ _ _	_	
					71110	O I II D		_	_	
	PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA									
-	LINER EM POLIETILENO CROSSLINK CARECA EM CERANICA									
0-1 1 1 1 1 1 1	CABEÇA EM CERAMICA									
	-	CIMENTO ORTOPE	DICO					_ _ _ _		
	_ _ _ _							_ _ _		
2-1	<u></u>							_ 1_1_1		
ados da autorização		E BOOKE TO THE	THE STATE OF				1926 H			
9 - Data provável da Admissão hos	pitalar 40 - Qt	tde Diarias Autorizadas	41 - Tipo de	acomodação auto	rizada					
_ _ / _ _ / _ _				The second secon			7.0			
2 - Código na Operadora / CNPJ a	utonzado 4	3 - Nome do Hospital / Lo	Cal Autorizad							
MM 10 (50) 5.5.5.	23262000000	- I Toophal / Lt	- our muturization						44 - Código CNES	
Observation										
- Observação		22.00			100	100	State of		CELL TO	
							- ja			
									T. January	
- Data da Solicitação	7[47.11	1								
- Data da Solicitação	4/ - Assinatura	do Profissional Solicitante	e	48 - Assinatura do	Beneficiario ou	Responsável	49 - Assinat	ura do Responsáv	el peia Autorização	
_ /										

Dr. Mauridio R. Miyasaki CRM 24650