20103

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

_{2-N°} 123456789012

Logo da Empresa	DE INTERNAÇÃO
209	6 - Data de Emissão da Guia
	3 - Data da Solicitação 4 - Senha (quando se aplica) 5 - Data Validade da Senha 6 - Data de Emissão da God
Registro ANS	
ios do Beneficiário	8 - Validade da Carteira
Número da Carteira	10 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Nome	a tea (aut Ano Time
1013	KISON COCK
dos do Contratado Solicitante - Código do Contratado na Operado	ra 12 - Nome do Contratado
	15 - Número no Conselho 16 - UF
- Nome do Profissional Solicitante	SE RUFIN TO OGIA
	DR. GUILHERME RUFINITOLOGIA DR. GUILHERME RUFINITOLOGIA 14 - Conselho Profissional 15 - Conselho Profissional 16 - Conselho Profissional 17 - Conselho Profissional 18 - Conselho Profissional 19 - Data sugerida pi internação 19 - Nome do Hospital Clinica 10 - Data sugerida pi internação
sados do Contratado Solicitado / Dado 8- Código do Contratado Solicitado n	os da In Principal Control Con
and the second s	an Tipo de Internação
21 - Caráter da Internação E E - Eletiva U - Urgência	/Emergência 2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psigonatrica
23 - Regime de Internação	24 - Qtde, Diarias Solicitadas
. 1 . 1 - Hospitalar 2 - Hospit	al-dia 3 - Domiciliar
25 - Indicação Clínica	A TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITACAO FUNCAO DO PACIENTE
COXARTROSE QU	JADRIL COM DOR REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITACAO FUNCAO DO PACIENTE
	alabla delegne craft: cook a
360	M. COTICAL OF CO.
A	Q Tellala
	~ 40000
Hipóteses Diagnósticas 26-Tipo Doença	27-Tempo de Doença Referida pelo Paciente 28 - Indicação de Acidente 28 - Indicação de Acidente 1 - Trânsito 2 - Outros 9 - Não se aplica 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros 9 - Não se aplica
C A - Aguda C - Crônic	a L A-Anos M-weses b
29-CID 10 Principal	C(D 10 (2)
	36 - Qtde, Solict 37 - Qtde, Aut
Procedimentos Solicitados 33-Tabela 34 - Codigo do Pro	35- Descrição 2 4 0 5 - 8 ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL; QUALQUER TECNICA OU VERSAO L
2-1 1 1 1 1 1	LI L
	PROTESE TOTAL DE QUADRIL NAO CIMENTADA:
5-1_1_1 1_1_1_1	LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSCIINALE
6-[HASTE FEMUR NAO CIMENTADO
7-1	CABECA FEMORAL CERAMICA 02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL
8-	02 OPSITES + UT DAF INIT EXILIBRITION
	Ag - Tipo da Acomodeção Autorizada
Dados da Autorização 38 - Data Provável da Admissã	lo Hospitalar 39 - Otde, Diarias Autorizadas 49 - Tipo da Acomodeya 449 - Tipo
	Les Neuro de Unidade de Internação Autorizado
41 - Código / Registro do Con	tratado na Operadora
44 - Observação	
	47-Assinatura do Responsável pela Autorização
45-Assinatura do Médico So	The College ou Responsavel
	oficitante As-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
	(of let of the)
S	THE COLUMN THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE
/ Colo	Or The W