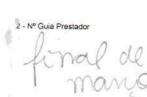


GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO



| | a Atribuido pela Operadora | | | | | |
|---|---|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| 343269 4 - Data da Autorização 5 - Senha | | | | | | |
| 5 - Senna | | 6 - Data de Validade da Senha | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | 100 | | |
| 7 - Numero da Carteira | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento d | e RN | | | |
| 10-Nome Mana Sola | n Solwardo | | 11 - Cartă | o Nacional de Saúd | е | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | -485 | el, a Direction | | |
| 12 - Código na Operadora | 13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CO | ORAÇÃO DE LONDI | RINA | | - | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante | 15 - Conselho Profi | ssional 16 - Núr | mero do Conselho | 17 - UF 18 - Código CBO | | |
| MAURICIO RODRIGUES Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Inter | (| CRM : | 24650 | PR | | |
| | - Nome do Hospital / Local Solicitado | | | 21 - Data su | gerida pata Internação | |
| | | ORAÇÃO DE LOND | RINA | | 8 | |
| 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Interna | oção 24 - Regime de internação | 25 - Qtde diárias Solicitadas | 26 - Previsão de uso o | de OPME 27 - Pre | visão de uso de Quimioterápico | |
| 28 - Indicação Clínica | - | | | | | |
| DOR NO QUADRIL EXAME DEMONSTRA | ARTROSE AVANÇAD | A | | | | |
| 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (c | opcional) 31-CID10(3) (opcional) | 32-CID10(4) (opcional) 33 - In | ndicação de Acidente (| acidente ou doença | relacionada) | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento | | | | | | |
| 1- 3 0 7 2 4 0 5 8 | 36 - Descrição ARTROPLASTIA DE | QUADRI(E) | | I | 7 - Qtde, Solic, 38 - Qtde, Aut. | |
| 2- | | | | | | |
| 3- | 8 | | | <u> </u> | | |
| 5- | | | | | | |
| 6- | HASTE FEMORAL CIMENTADA | | | | | |
| 7- | PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA | | | | | |
| | | | | | | |
| CIMENTO ORTOPEDICO | | | | | | |
| 11- _ | (| | | | | |
| 12- | 3 | | | | | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - | Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de | e acomodação autorizada | | | | |
| | 413 513130 7410 72333 | addinical quo adionizada | | 100 | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizad | do | | | 44 - Código CNES | |
| 45. Okazania | | | | | | |
| 45 - Observação | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação 47 - Assigatu | ira do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou | Responsável 14 | 19 - Assinatura do R | esponsável pela Autorização | |
| | \mathcal{N} | | enoutrations (SEE VOLE) | version at the collection of the | | |

Dr. Maurició R. Miyasaki CRM 24650