

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Ila Nisa	ero da Guia Atribuido	pola Operadora	٦	
Registro ANS				
	- Sonha		6 - Data de Validade da Senha	
Data da Autorização	-Senna 		<u>_ _ / _ / _ / </u>	
Dados do Beneficiário			15-17.	
A STATE OF THE STA	Association of the second	8 - Validade da carteira	9 - Atendimento a RN	
- Número da carteira 0 5 1 7 4 7 10 4 14 18 1 1 1			<u> </u>	
0- Nome Social	.1111			
y- Hollie Godini				
0 - Nome				
Elza Maria	Santan	a Tavares	The state of the s	
Dados do Contratado Solicitante	CALL STREET, S		inter a man and a surprise of the	والمستحصون المتعرف والمتعرف وا
12 - Código na Operadora	13 -	Nome do contratado		
			Orrestha	17 - UF 18 - Código CBO
14 Nome do Profissional Solicitante	2 - 1	15 - Conselho Profissional 16 - No	imero no Conselho <u> 2 8 </u>	<u>.</u>
	wnzeu			
Dados do Hospital / Local Solici	tado / Dados da In	1ternação 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	The state of the s	21 - Data sugerida para internação
19 - Código na Operadora / CNPJ		Hospital frau	caria	
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo	de Internação 24-l	Regime de Internação 25-Qtde. Diárias Solicit	adas 26 – Previsão de uso de OPME	27 – Previsão de uso de quimioterápico
ZZ Garano.		II 16) 18.2 I		
28 - Indicação Clínica	1. hand	tia degenerativa a de Antroplast	. noducas des	ispaco liticuli.
	0 - CID10 (2) (Opcion	al) 31 - CID10 (3) (Opcional) 32 - CID1	0 (4) (Opcional) 33 - Indicadação de A	Acidente (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assist	enciais Solicitado	8	C Control of the cont	37-Qtde Solic 38-Qtde Aut
34-Tabela 35-Código do Procedime Item Assistencial	nto ou 36-Descriçã	replastia total o	le loelho	10/4
1 m 310313721013171		19 Jacos Coc 18 1-cc 2		
3-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1				
4-1_1				
5-1-1			A0 2: 22 A	
6 ·	- Het	professor years on	oetho - zimmer	<u>Q</u> ¥_ LLL
8-1-1-1	LI Fine	de levacen Pul	l	اللالا
9-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	_ _ <u>#&<i>UT</i></u>	0		
10 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -				
12				
Dados da Autorização		and the second s	41 - Tipo da Acomodação Autoriza	da
39 - Data Provável da Admissão Hosp	italar	40 - Qtde. Diarias Autorizadas		
<u> </u>	1 - d - N	ome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ auto		onio at traspers.		
	- 10-10977 to			o terio (
45 - Observação / Justificativa		The state of the s	Control of the Contro	naterial national
Dr. Ale	xandre Prov	enza	TANK PARTY TO THE PARTY OF THE	
Ortope	dia/Traumato	logia		
CITI CPM 2	urgia do Joelh	2360	Galfala au Bassanafusi 1140	- Assinatura do Responsável pela Autorização
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do	Profissional Solicitante 48 - Assinatu	ra do Beneficiário ou Responsável 49	- Acomatana do Hoopellouvel pola Material
_ _ / / _ / _ _				Tiss - v4.01.0