

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS 3 - Número da 343269	Guia Atribuldo pela Operadora		l,	
4 - Data da Autorização 5 - Senha		I S Date de Veril		
		6 - Data de Validade da Senha		9
Dados do Beneficiário 7 - Numero da Carteira	TO THE SQUENTIAL PROPERTY OF THE SAME OF T			
00320000052.14 O	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento	de RN	
10 - Nome	1400			
MILSON JOY	= BACARIN)		11 - Cartão Nacion	al de Saude
Dados do Contratado Solicitante			THE TOTAL STREET	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado		A	
14 - Nome do Profissional Solicitante	Transit Cox	wal hon	dune	
MAURICIO RODRIGU Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Ir	ES MIYASAKI	15 - Conseino Pro	CRM 16 - Número do 0	To Codigo CBO
	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado			
	A SCIPPL TO ANNO HILLIOSED SCIPPLANE WITH HOWING		2	1 - Data sugerida pata Internação
22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Regime de internação	25 - Qtde. diàrias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				a de
20 - Indicação Clínica	14			
	124			
DOR NO QUADRIL	Esquerdo	-	Ya	
EXAME DEMONSTR	A ARTROSE AVANÇAD	A		
29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2)	(opcional) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional) 33 - II	ndicação de Acidente (acidente d	u doença relacionada)
VI (Q-)				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento				
35 - Código do Procedimento	36 - Descrição ARTROPI ASTIA DE	OLIADDII (E)		37 - Qtde Solic. 38 - Qtde Aut.
²⁻ _	-ANTINUPLASTIA DE	QUADRII		— - ⁰ ¹ - -
³⁻				
·	HASTE FEMORAL SILLEN	NÃO CIMENT	Abal -	_
	PRÓTESE ACETABULAR NÃO CIMENTADA			
· _	LINER EM POLIETILENO CROSSLINK			
	CABEÇA EM CERAMICA			
0- _	CIMENTO ORTOPEDICO	MA DUI OFTI		_ _ _
2-1 1 1 1 1 1 1 1	- KI DE LAVAE	EM PULSATI		_
ados da autorização				
9 - Data provável da Admissão hospitalar 40	- Otde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de	acomodação autorizada		
_ _ / _ _ / _			32	
2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizad	0		44 - Código CNES
5 - Observação				
		304		
	W-			
Data da Solicitação 47 - Assinati	ura do Profissional Social IVasaki	48 - Assinatura do Beneficiário ou	Responsável 49 Assurat	ıra do Responsável pela Autorização
1101101710X1V	Magricio Traumatoros	and the second s	49 Abalfidii	
	Troped OR 7			