

Londrina - PR CEP 86015-430 Fone: (43)3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 00007692752

Pág.: 1 de 1

12/04/2024 15:11

1 - Registro ANS 326755	3 - N° da guia Atribuído pela 000007692752	a Operadora				
4 - Data da Autorização 26/04/2024	5 - Senha 000007692752		6 - Data de validade da Senha 12/05/2024			
Dados do Beneficiário / Pa 7 - Número da Carteira 178777 - Depender		8 - Validade da carteira	9 - Atendimento a RN N			
10 - Nome completo MARIA DA GUIA DE SA CORREA KAWASAKI				11 - Número do Cartão Na 700305940839632		
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado				
946			VANGELICA BENEFICENTE	DE LONDRINA		
14 - Nome do Profissional S ALEXANDRE RIBI			15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Conse 28281	elho 17 - UF PR	18 - Código CBO S 225270
Dados do Contratado Solid 19 - Código na Operadora /	citado / Dados da Internação	20 - Nome do Hospital/Local Solic	sitado		21 Data Sug	orido noro Internocã
1 * '		· ·	ELICA BENEFICENTE DE L	ONDRINA		erida para Internaçã 4 14:00:00
22 - Caráter da Internação 23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação 25 - Otde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME			27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação clínica	2	1	001	S	N	
Hipótse Diagnóstica 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10 (2) (opcional) 31 - CID 10 (3) (opcional) 32 - CID 10 (4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)						
M232 Procedimentos Solicitados)		
	do Procedimento 36 - Descriçã	io		3	7 - Qtde. Solict.	38 - Qtde. Aut.
22 3073306 22 3073304 18 600080 18 6002415 - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	9 OSTEOCO 5 DIARIA D	DE QUARTO COLĔTIVO DE	SCO LIZACAO, RESSECCAO E/OU P 2 LEITOS COM BANHEIRO PR QUIPAMENTO PARA ARTROSCO	IVATIVA	1 1 1 1 1 - - - - - - - - - - - -	1 1 1 1 - - - - - - - - - - - -
Dados da Autorização 39 - Data Provável de Admi 08/05/2024 14 42 - Código na Operadora /	1:00:00					44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MA.CLINICA / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. Empresa / Titular: ROBERTO KAWASAKI Matrícula:						
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do profission	al solicitante 48 -	Assinatura do Beneficiário ou Responsá	vel 49 - Assinatura	do Responsável p	ela Autorização