

29/4

2 - N° Guia no Prestador

# Operadora de Planos S/A

## Guia de Solicitação de Internação

1 - Registro ANS  
4217153 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
1044354634 - Data da Autorização  
12/04/20245 - Senha  
GSMS721

6 - Data de Validade da Senha

**Dados do Beneficiário**7 - Número da Carteira  
954340001179016

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN  
Não

50 - Nome Social

10 - Nome  
JUAREZ BORGES DA SILVA**Dados do Contratado Solicitante**12 - Código na Operadora  
8651713 - Nome do Contratado  
HOSP EVANGELICO DE LONDRINA14 - Nome do Profissional Solicitante  
Marcello Tito15 - Conselho Profissional  
CRM16 - Número do Conselho  
1697217 - UF  
PR18 - Código CBO  
322 MEDICO ORTOPEDISTA**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**19 - Código na Operadora / CNPJ  
8651720 - Nome do Hospital/ Local Solicitado  
HOSP EVANGELICO DE LONDRINA21 - Data Sugerida para Internação (Real)  
04/04/202422 - Caráter do Atendimento  
ELETIVO23 - Tipo de Internação  
224 - Regime de Internação  
HOSPITALAR25 - Qtde. Diárias Solicitadas  
2

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

**28 - Indicação Clínica**

DN: ; DC: ; DA: 02/04/2024; I: ; P: ; GR: ; A: ; UTI: N; RV: N; OBS: fraturas

29 - CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

2

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
16	30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO	1	0
16	30710030	RETIRADA DE PLACAS	2	2

**Dados de Autorização**39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  
04/04/202440 - Qtde. Diárias Autorizadas  
241 - Tipo da Acomodação Autorizada  
ENFERMARIA

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

**45 - Observação / Justificativa**

- ADM(PL. EMPRESARIAL - REDE - ADM(PL. EMPRESARIAL - REDE NACIONAL (0)) MED( SOLICITAÇÃO AUTORIZADA. ) FIN(s/acomp)

46 - Data da Solicitação  
02/04/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Juarez Borges da Silva	11 - Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado				
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcelo Tixeira	15 - Conselho Profissional 10m	16 - Número no Conselho 16191721	17 - UF PA	18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HFL	21 - Data Sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de Uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica Fraturas com 1 mês de dor					
29 - CID 10 Principal I87D	30 - CID 10 (2) E81M	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut	
01 -	30/P/00130	Alfinete p/feras	02x		
02 -					
03 -					
04 -					
05 -	30/P/3101971	Fixação em Xíar	01x		
06 -		3º dia			
07 -					
08 -					
09 -					
10 -					
11 -					
12 -					
Dados da Autorização					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada	42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa					

Dr. Marcelo Tixeira  
Ortopedista Traumatologista  
CRM 16972

JUAREZ BORGES DA SILVA