



Sen. Souza Naves, 1922  
Londrina - PR  
CEP 86015-430  
Fone: (43)3315-1900

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° de guia no prestador **000007084730**

Pág.: 1 de 1

|   |  |   |  |  |  |                                     |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|-------------------------------------|--|---|--|--|--|
| 1 - Registro ANS<br>326755  |  | 3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora<br>000007084730                                 |  |  |  |                                     |  |   |  |  |  |
| 4 - Data da Autorização<br>10/05/2023   |  | 5 - Senha<br>000007084730   |  | 6 - Data de validade da Senha<br>24/05/2023                  |  |                                     |  |   |  |  |  |
| Dados do Beneficiário / Paciente  |  | 7 - Número da Carteira<br>502794 - Titular  |  | 8 - Validade da carteira                                     |  | 9 - Atendimento a RN<br>N           |  |   |  |  |  |
| 10 - Nome completo<br>JEAN FERREIRA   |  |   |  |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>706309152752780 |                                     |  |   |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante   |  | 13 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA                |  |  |  |                                     |  |   |  |  |  |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>946  |  | 15 - Conselho Profissional<br>06  |  | 16 - Número no Conselho<br>26921                             |  | 17 - UF<br>PR                       |  | 18 - Código CBO S<br>225270                     |  |  |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCAS DA FONSECA BORGHI  |  | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado<br>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA |  | 21 - Data Sugerida para Internação<br>29/05/2023 07:00:00    |  |                                     |  |   |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação  |  | 24 - Regime de Internação<br>[1]  |  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br>[001]                      |  | 26 - Previsão de uso de OPME<br>[S] |  | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br>[N]   |  |  |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>946  |  | 23 - Tipo de Internação<br>[2]  |  | 28 - Indicação clínica                                       |  |                                     |  |   |  |  |  |
| 22 - Caráter da Internação<br>[1]   |  | 29 - CID 10 Principal (opcional)<br>M232  |  | 30 - CID 10 (2) (opcional)                                   |  | 31 - CID 10 (3) (opcional)          |  | 32 - CID 10 (4) (opcional)                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>[9] |  |
| Procedimentos Solicitados   |  |   |  |  |  |                                     |  |   |  |  |  |
| 34 - Tabela   |  | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  |  | 36 - Descrição   |  |                                     |  | 37 - Qtde. Solicit.                             |  | 38 - Qtde. Aut.  |  |
| 22  |  | 30733065  |  | REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO                               |  |                                     |  | 1   |  | 1  |  |
| 22  |  | 30733049  |  | OSTEOCONDROPLASTIA e ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # |  |                                     |  | 1   |  | 1  |  |
| 22  |  | 30733014  |  | SINOVECTOMIA TOTAL   |  |                                     |  | 1   |  | 1  |  |
| 18  |  | 60000805  |  | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA |  |                                     |  | 1   |  | 1  |  |
| 18  |  | 60024151  |  | ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA        |  |                                     |  | 1   |  | 1  |  |
| [ ]   |  | [ ]   |  | [ ]  |  |                                     |  | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]   |  | [ ]   |  | [ ]  |  |                                     |  | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]   |  | [ ]   |  | [ ]  |  |                                     |  | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]   |  | [ ]   |  | [ ]  |  |                                     |  | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]   |  | [ ]   |  | [ ]  |  |                                     |  | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]   |  | [ ]   |  | [ ]  |  |                                     |  | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]   |  | [ ]   |  | [ ]  |  |                                     |  | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]   |  | [ ]   |  | [ ]  |  |                                     |  | [ ]   |  | [ ]  |  |
| Dados da Autorização  |  |   |  |  |  |                                     |  |   |  |  |  |
| 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar<br>29/05/2023 07:00:00  |  | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br>[001]   |  | 41 - Tipo da acomodação autorizada<br>[1] COLETIVO           |  |                                     |  |   |  |  |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>946  |  | 43 - Nome do Prestador Autorizado<br>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA      |  |  |  |                                     |  | 44 - Código CNES<br>2550792                     |  |  |  |
| 45 - Observação / Justificativa<br>Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: CLINICA.BORGHI / MATERIAL ARTHROM / RAZEK / SERTOMED / RAZEK<br>JOELHO ESQUERDO<br>Empresa / Titular: JEAN FERREIRA Matrícula: |  |   |  |  |  |                                     |  |   |  |  |  |
| 46 - Data da Solicitação<br>24/04/2023 13:36  |  | 47 - Assinatura do profissional solicitante   |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável               |  |                                     |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  |  |  |