

1 - Registro ANS		3 - Numero da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora		11 - Cartão Nacional da Saúde		12 - Atendimento RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha									
Dados do Beneficiário				9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional da Saúde		12 - Atendimento RN	
8 - Número da Carteira						LUCAS NATHAN B PELOGIA					
01510000029748696											
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado							
13 - Código da Operadora											
15 - Nome do Profissional Solicitante						16 - Conselho Profissional		17 - Numero do Conselho		18 - UF	
DR. JONAS JOSE BLANCO											
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Solicitados				22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)				20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento				15/05/2023		Lesões condrais comp lateral joelho dir				Dr. Jonas Jose Blanco Ortopedista	
24 - Tabela				25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição				27 - Data Solic. 1 - 28 - Data Aut. 1	
						APLICACAO DE 1 AMP DE REVISCON MONO 2,4ML + ICC DE TRIANCIL NO JOELHO DIR Cod:3071313-7					
Dados do Contratado Executante				29 - Código da Operadora		30 - Nome do Contratado				31 - Código do CNES	
Dados do Atendimento				32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Código do Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados				36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela	
										40 - Código do Procedimento	
										41 - Descrição	
										42 - Qtd	
										43 - Via	
										44 - Tec.	
										45 - Fator Red/Acresc	
										46 - Valor Unitario (R\$)	
										47 - Valor total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				48 - Seq. Rel		49 - Código na Operadora/CPF		50 - Nome do Profissional		51 - Conselho Profissional	
										52 - Conselho Profissional	
										53 - Numero do Conselho	
										54 - UF	
										55 - Código CBO	
58 - Data da Realização dos Procedimentos em Série				57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 -				/ /		3 -		/ /		5 -	
2 -				/ /		4 -		/ /		6 -	
										7 -	
										8 -	
										9 -	
										10 -	
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$)				60 - Total de Taxas Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total da OPMI (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
										64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral(R\$)											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado	

Londrina

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

9108 1458
05105123

1 - Registro ANS

343269

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

00059000 4252 2215

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Vinicius Dissero Santi

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Fabio Inago Maluli de Oliveira

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

Santa Casa de Londrina

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

N

28 - Indicação Clínica

Lesão de LCA, lesão meniscal medial, condropatia patelar grau II
joelho esquerdo

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

30733073

Reconstrução de LCA

01

30733065

Reparo ou sutura de um menisco

01

30733030

Condrolastia

01

30731216

Transposição tendínea múltipla

01

89627657

Lendobotton

01

00537097

1 parafuso de interferência absorvível

01

00590045

1 lâmina de shaver

01

Taxa de vídeo

01

s da Autorização

Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES