



90206600

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 2359

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	---

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
-------------------------	-----------	-------------------------------

7 - Número da Carteira 08650002159460002	8 - Validade da Carteira 16/02/2023	9 - Atendimento a RN
--	-------------------------------------	----------------------

10 - Nome EDNEIA DE OLIVEIRA VIVEIRO	11 - Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------------	-------------------------------

Dados de Contrato Solicitante		
-------------------------------	--	--

12 - Código na Operadora 01019896	13 - Nome do Contratado FERNANDO TAKAO CINAGAVA	14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA	15 - Conselho Profissional 6	16 - Número no Conselho 19896	17 - UF PR	18 - Código CBO 225270
-----------------------------------	---	---	------------------------------	-------------------------------	------------	------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
--	--	--	--	--	--	--

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.214.600/0001-24	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA	21 - Data sugenda para internação 16/02/2023
--	---	--

22 - Caráter do atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Cide, Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
-----------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica capsulite adesiva PO	29 - CID 10 Principal M751						30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada
---	----------------------------	--	--	--	--	--	-----------------	-----------------	-----------------	--

Procedimentos Solicitados										
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34 - Tabela 35 - Código de Procedimento 30735017	36 - Descrição Sinovectomia total - procedimento videort	37 - Cide, Solic	38 - Cide, Aut								
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Cide, Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada	42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNE 9999999
---	--------------------------------	------------------------------------	--	--	-------------------------

45 - Observação / Justificativa capsulite adesiva do ombro MATERIAIS 1 LAMINA DE SHAVER	46 - Data de Solicitação 16/02/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Fernando Cinagava CRM-PR 19896	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	-------------------------------------	--	--	---