

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 00007716242

Pág.: 1 de 1

23/04/2024 15:32

1 - Registro ANS 326755	3 - N° da guia Atribuído pel 000007716242	a Operadora				
09/05/2024	5 - Senha 000007716242		6 - Data de validade da Sen 23/05/2024	ha		
Dados do Beneficiário / Pa 7 - Número da Carteira 95851 - Dependent		8 - Validade da carteira	9 - Atendimento a RN			
10 - Nome completo MARIA CRISTINA LONARDONI LACHNER 11 - Número do Ca 70460613766						
Dados do Contratado Solic 12 - Código na Operadora /		13 - Nome do Contrata	ado			
946		ASSOCIACAO	EVANGELICA BENEFICEN	ITE DE LONDRINA		
14 - Nome do Profissional S ALEXANDRE RIB			15 - Conselho Profission 06	16 - Número no Cons 28281	elho 17 - UF PR	8 - Código CBO S 225270
1 * '		20 - Nome do Hospital/Local S	iolicitado	F I ONDRINA	21 - Data Suger 22/05/2024	ida para Internaçã
22 - Caráter da Internação 23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação			7 - Previsão de uso	
1	2	11	001	S	N	ue Quimoterapico
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				[9]		
Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código co Utem Assis	do Procedimento 36 - Descriç	ão		3	37 - Qtde. Solict.	38 - Qtde. Aut.
22 30733044 18 60000809 18 6002415 - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	REPARO OSTEOCO DIARIA	DE QUARTO COLETIVO I	NISCO BILIZACAO, RESSECCAO E/O DE 2 LEITOS COM BANHEIRO EQUIPAMENTO PARA ARTRO	PRIVATIVA	2 1 1 1 - - - - - - - - - - - -	2 1 1 1 1 - - - - - - - - - - - -
Dados da Autorização 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar 22/05/2024 14:00:00 40 - Otde. Diárias Autorizadas 41 - Tipo da acomodação autorizada 41 QUARTO COMPARTILHADO						
					4 - 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: PAULO ROBERTO LACHNER Matrícula: 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do profissional solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização						