



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

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **000006934728**

Pág.: 1 de 1

|   |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|--|------------------------------------|---|--|---|--|
| - Registro ANS<br><b>326755</b>   |  | 3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora<br><b>000006934728</b>                  |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 4 - Data da Autorização<br><b>03/02/2023</b>  |  | 5 - Senha<br><b>000006934728</b>  |  | 6 - Data de validade da Senha<br><b>22/02/2023</b>  |  |  |                                    |   |  |   |  |
| Dados do Beneficiário / Paciente  |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 7 - Número da Carteira<br><b>504345 - Titular</b>   |  | 8 - Validade da carteira  |  | 9 - Atendimento a RN<br><b>N</b>  |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 10 - Nome completo<br><b>JHENIFFER OLIVEIRA BELIZARIO</b>   |  |   |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br><b>708407213373567</b>                         |  |  |                                    |   |  |   |  |
| Dados do Contratado Solicitante   |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>   |  | 13 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO</b>  |  | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b>   |  | 16 - Número no Conselho<br><b>23237</b>   |  | 17 - UF<br><b>PR</b>                           |                                    | 18 - Código CBO S<br><b>225270</b>  |  |   |  |
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação  |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>   |  |   | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> |   |  |  | 21 - Data Sugerida para Internação |   |  |   |  |
| 22 - Caráter da Internação<br><b> 1 </b>  |  | 23 - Tipo de Internação<br><b> 2 </b>   |  | 24 - Regime de Internação<br><b> 1 </b>   |  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b> 001 </b> |                                    | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b> S </b>                                |  | 27 - Previsão de uso de Quimioterapia<br><b>     </b> |  |
| 28 - Indicação clínica<br>Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado   |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| Hipótese Diagnóstica  |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional)<br><b>Z00</b>  |  | 30 - CID 10 (2) (opcional)  |  | 31 - CID 10 (3) (opcional)  |  | 32 - CID 10 (4) (opcional)                     |                                    | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b> 9 </b> |  |   |  |
| Procedimentos Solicitados   |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 34 - Tabela   |  | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                                |  | 36 - Descrição  |  |  |                                    | 37 - Qtde. Solic.   |  | 38 - Qtde. Aut.                                       |  |
| 22  |  | 30729181  |  | HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO  |  |  |                                    | 1   |  | 1   |  |
| 18  |  | 60000805  |  | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA                              |  |  |                                    | 1   |  | 1   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| _ _   |  | _ _ _ _ _ _ _ _   |  | _____   |  |  |                                    | _ _ _   |  | _ _ _   |  |
| Dados da Autorização  |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar   |  | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br><b> 001 </b>                                  |  | 41 - Tipo da acomodação autorizada<br><b> 1  COLETIVO</b>                                 |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>   |  |   |  | 43 - Nome do Prestador Autorizado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> |  |  |                                    |   |  | 44 - Código CNES<br><b>2550792</b>                    |  |
| 45 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: ALINE.SILVA / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520230123780917<br>Empresa / Titular: JHENIFFER OLIVEIRA BELIZARIO Matrícula: |  |   |  |   |  |  |                                    |   |  |   |  |
| 46 - Data da Solicitação<br><b>23/01/2023 11:50</b>   |  | 47 - Assinatura do profissional solicitante                                     |  |   | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                    | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização                           |  |   |  |