



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 2368

90393172

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 00050000001095288	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN N
--	--------------------------	------------------------

10 - Nome EDSON DE JESUS GOMES	11 - Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------	-------------------------------

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 78.614.971/0002-08	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA - MATER DEI
21 - Data sugerida para internação 06/03/2023	22 - Previsão de uso de quimioterápico N

23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Cide, Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPM S	27 - Previsão de uso de quimioterápico N
---------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--

28 - Indicação Clínica RM do ombro direito mostra artrose glenoumeral, tendinopatia do manguito rotador RX mostra artrose glenoumeral.
--

29 - CID 10 Principal M199	30 - CID 10 (2) 0	31 - CID 10 (3) 0	32 - CID 10 (4) 0	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9
----------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

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

34 - Tabela 22	35 - Código do Procedimento 30717027	36 - Descrição Artroplastia escápulo umeral com implante -	37 - Cide, Solic 1	38 - Cide, Aut 1
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Cide, Diárias Autorizadas 0	41 - Tipo da Acomodação Autorizada 0	42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES 9999999
---	----------------------------------	--------------------------------------	--	--	--------------------------

KIT PROTESE ANATOMICA DE OMBRO TIPO BIGLIANI IMPORTADA					
45 - Observação / Justificativa	46 - Data de Solicitação 06/03/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dr. Fernando T. Cinagava
Ortopedia e Traumatologia