

Guia de Solicitação de Internação

1 - Registro ANS
0057113 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
987180044 - Data da Autorização
23/10/20235 - Senha
G6B93F2

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
847445100019014

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN
Não

50 - Nome Social

10 - Nome
ANA CLAUDIA ZANICHELLI SILVA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora
43441813 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA14 - Nome do Profissional Solicitante
Mauricio Rodrigues Miyasaki15 - Conselho Profissional
CRM16 - Número do Conselho
2465017 - UF
PR18 - Código CBO
322 MEDICO ORTOPEDISTA

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ
43441820 - Nome do Hospital/ Local Solicitado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA21 - Data Sugerida para Internação (Real)
10/10/202322 - Caráter do Atendimento
ELETIVO23 -Tipo de Internação
224 - Regime de Internação
HOSPITALAR25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

DN: ; DC: ; DA: ; I: ; P: ; GR: ; A: ; UTI: N; RV: N; OBS: SEGUE EM ANEXO PEDIDO MÉDICO.

29 - CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
16	30724287	TRAT NECR AVASC P/FORAGEM ESTAQUEAMENTO C/NECR C.F	2	2
16	30722306	ENXERTO OSSEO (PERDA DE SUBSTANCIA) - TRAT CIR	2	2

Dados de Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar
10/10/202340 - Qtde. Diárias Autorizadas
141 - Tipo da Acomodação Autorizada
QUARTO PARTICULAR

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

- ADM(PL EMPRESARIAL/SPG - RE - ADM(PL EMPRESARIAL/SPG - REDE NACIONAL (0)) MED(SOLICITAÇÃO AUTORIZADA.) FIN(s/acomp)

46 - Data da Solicitação
03/10/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização