

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 00007465006

Pág.: 1 de 1

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

1 - Registro ANS 326755	3 - N° da guia Atribuído pela 000007465006	Operadora						
21/12/2023	5 - Senha 000007465006			6 - Data de validade d 06/01/202				
Dados do Beneficiário / Par 7 - Número da Carteira 468759 - Titular	ciente	8 - Validade da ca	rteira	9 - Atendimento a R	N			
50 - Nome Social								
10 - Nome IVANA SCHENFER	T DE OLIVEIRA							
Dados do Contratado Solic 12 - Código na Operadora / 946		13 - Nome do Cor ASSOCIACA		IGELICA BENEFI	CENTE DE LO	NDRINA		
14 - Nome do Profissional S RAFAEL MAURICI				15 - Conselho Pro 06		- Número no Co 28806	nselho 17 - UF PR	18 - Código CBO S 225270
Dados do Contratado Solic 19 - Código na Operadora / 946	itado / Dados da Internação CNPJ / CPF		- Nome do Hospital/Local Solicitado SSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 21 - Data Sugerida para Internação 20/12/2023 07:00:00					
22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Intern	ação 25 - C	Otde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de		27 - Previsão de us	o de Quimioterápico
28 - Indicação clínica								
Hipótse Diagnóstica 29 - CID 10 Principal (opcio M199	nal 30 - CID 10 (2) (opcional)	31 - CID 10 (3) (opcio	nal) 32 - C	ID 10 (4) (opcional)	3 - Indicação de Aci	dente (acidente	ou doença relaciona	da)
Procedimentos Solicitados					191			
34 - Tabela 35 - Código d ou Item Assis	o Procedimento 36 - Descriçã tencial	0					37 - Otde. Solict.	38 - Otde. Aut.
22	OSTEOTC	ONDROPLASTIA - ES MIA OU PSEUDART DE QUARTO COLETIV	ROSE DOS	S METATARSOS/FA	ALANGES -	'A	1 1 1 - - - - - - - - - - - -	1 1 1 - - - - - - - - - - - -
Dados da Autorização 39 - Data Provável de Admis	ssão Hospitalar 40 - Qtde.	Diárias Autorizadas	41 - Tipo da	acomodação autorizada				
20/12/2023 07	7:00:00	001	1 COL	ETIVO				
42 - Código na Operadora / 946	CNPJ / CPF	43 - Nome do Pre: ASSOCIAC		zado IGELICA BENEFI	CENTE DE LO	NDRINA		44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: HOL / 01 SHAVER 01 GRAMPO AGRAAF 01 MICROSERRA ARTHROMContato Beneficiario: Telefone Celular -> Telefone Fixo -> Email -> ivanaschenfert@hotmail.com - Contratado Solicitante: CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE LONDRINA LTDA								
	NDRI NA LTDA TUTO DO CANCER DE LONI	ORINA Matrícula:						
46 - Data da Solicitação 07/12/2023 16:46	47 - Assinatura do profission	al solicitante	48 - Assin	atura do Beneficiário ou	Responsável	49 - Assinatu	ra do Responsável p	ela Autorização