



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador **91364406**

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0005000000377972	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN N
10 - Nome IVONE MEZZAROA ORTENZI	11 - Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO		
14 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO	15 - Conselho Profissional 6	16 - Número no Conselho 32298	17 - UF Pr
18 - Código CBO 225270			

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA		21 - Data sugerida para internação 08/06/2023
22 - Caráter do atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico S	

28 - Indicação Clínica

Metatarsalgia do quarto e quinto raios com dor na região plantar, plano: Osteotomia colo dos metatarsais 4 e 5. Material: 1 fresa shanon - Allmedic 1 lâmina 64 - Allmedic

29 - CID 10 Principal M774	30 - CID 10 (2) 0	31 - CID 10 (3) 0	32 - CID 10 (4) 0	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
-------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1 - 22	30729203	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/f	2, 1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 0	41 - Tipo da Acomodação Autorizada 0
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 0	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES 9999999
45 - Observação / Justificativa Vinicius R. Menegazzo ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA CRM/PR 32298		
46 - Data de Solicitação 29/05/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		