



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94495283**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94495283
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 21/03/2024 14:06	5 - Senha 94495283	6 - Data de Validade da Senha 20/05/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000062803100	8 - Validade da Carteira 01/03/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome GREISKA LUIS DE OLIVEIR

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 24650	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 01/04/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica DOR NOS QUADRISARTROSE AVANÇADA BILATERAL
--

29 - CID 10 Principal (opcional) M190	30 - CID 10(2) (opcional) M190	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
---	--	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA	2	2
2- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
3- []	[]		[]	[]
4- []	[]		[]	[]
5- []	[]		[]	[]
6- []	[]		[]	[]
7- []	[]		[]	[]
8- []	[]		[]	[]
9- []	[]		[]	[]
10- []	[]		[]	[]
11- []	[]		[]	[]
12- []	[]		[]	[]

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 3	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	44 - Código CNES 2580055
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 21/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS MUNICIPIOS MEDIO PARANAPANEMA AMEPAR
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94495283	4 - Senha 94495283	5 - Data da Autorização 21/03/2024 14:06	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94495283
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000062803100	29 - Nome Social

8 - Nome	
GREISKA LUIS DE OLIVEIR	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	DOR NOS QUADRIS/ARTROSE AVANÇADA BILATERAL DOR NOS QUADRISARTROSE AVANÇADA BILATERAL

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 21/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS MUNICIPIOS MEDIO PARANAPANEMA AMEPAR

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---