



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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **000006963160**

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 326755		3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora 000006963160									
4 - Data da Autorização 27/02/2023		5 - Senha 000006963160		6 - Data de validade da Senha 11/03/2023							
Dados do Beneficiário / Paciente											
7 - Número da Carteira 443493 - Titular		8 - Validade da carteira		9 - Atendimento a RN N							
10 - Nome completo CLEDEVALDO DE OLIVEIRA LIMA				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700204991698823							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA									
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI		15 - Conselho Profissional 06		16 - Número no Conselho 18734		17 - UF PR		18 - Código CBO S 225270			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA				21 - Data Sugerida para Internação					
22 - Caráter da Internação 1		23 - Tipo de Internação 2		24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 001		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de Quimioterapia _	
28 - Indicação clínica Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho											
Hipótese Diagnóstica											
29 - CID 10 Principal (opcional) S83		30 - CID 10 (2) (opcional)		31 - CID 10 (3) (opcional)		32 - CID 10 (4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos Solicitados											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição		37 - Qtde. Solic.		38 - Qtde. Aut.			
22		30733065		REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO		1		1			
18		60000805		DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA		1		1			
18		60024151		ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA		1		1			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____		_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
Dados da Autorização											
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas 001		41 - Tipo da acomodação autorizada 1 COLETIVO							
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946				43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA				44 - Código CNES 2550792			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: ALINE SILVA / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520230209788837 Empresa / Titular: CLEDEVALDO DE OLIVEIRA LIMA Matrícula:											
46 - Data da Solicitação 09/02/2023 11:33		47 - Assinatura do profissional solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			