



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94571970**  
(Via HOSPITAL)

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>94571970</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>28/03/2024 09:12</b> | 5 - Senha<br><b>94571970</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>14/06/2024</b> |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>2010700019505021</b> | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

|                  |
|------------------|
| 50 - Nome Social |
|------------------|

|  |
|--|
| 10 - Nome<br><b>ANGELITA DOS ANJOS DE OLIVEIRA</b> |
|--|

Dados do Contratado Solicitante

|   |   |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora<br><b>78.613.841/0001-61</b> | 13 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> |
|---|---|

|   |   |   |                      |                                  |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>23538</b> | 17 - UF<br><b>41</b> | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

|  |  |   |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>78.613.841/0001-61</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>17/04/2024 07:00</b> |
|--|--|---|

|   |                                     |                                       |  |  |  |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 23 - Tipo de Internação<br><b>C</b> | 24 - Regime de Internação<br><b>1</b> | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>1</b> | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>S</b> | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

|  |
|--|
| 28 - Indicação Clínica<br>dores em quadril esq evoluindo com impotencia funcional e dificuldade para deambular |
|--|

|   |                           |                           |                           |   |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 29 - CID 10 Principal (opcional)<br><b>M199</b> | 30 - CID 10(2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opcional) | 32 - CID 10(4) (opcional) | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela              | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição  | 37 - Qtde. Solic.    | 38 - Qtde. Aut.      |
|--------------------------|-----------------------------|---|----------------------|----------------------|
| 1- <b>22</b>             | <b>30738040</b>             | <b>TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID</b>   | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 2- <b>22</b>             | <b>30738059</b>             | <b>CONDRoplastia com sutura labral - procedimento videoartro</b>    | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 3- <b>18</b>             | <b>60000805</b>             | <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 4- <b>18</b>             | <b>60024151</b>             | <b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>  | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 5- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dados da autorização

|   |   |  |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>1</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</b> |
|---|---|--|

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>78.613.841/0001-61</b> | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> | 44 - Código CNES<br><b>2550792</b> |
|---|--|------------------------------------|

|   |
|---|
| 45 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DE MARILIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO |
|---|

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

dores em quadril esq evoluindo com impotencia funcional e dificuldade para deambular

24 - Especificação do Material

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DE MARILIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização