

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 00007850187

Pág.: 1 de 1

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

25/06/2024 09:11

1 - Registro ANS 326755 3 - N° da guia Atribuído pela Op 000007850187 4 - Data da Autorização 5 - Senha 12/07/2024 000007850187	eradora	6 - Data de validade da Senha 25/07/2024		
Dados do Beneficiário / Paciente 7 - Número da Carteira 537358 - Titular	8 - Validade da carteira	9 - Atendimento a RN N		
10 - Nome completo CELIO DE ALMEIDA			11 - Número do Cartão Nacion 708004378898721	nal de Saúde
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 - Nome do Contratado				
946 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA				
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Conselho 28281	17 - UF 18 - Código CBO S PR 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 Internaçã 17/07/2024 14:00:00				
22 - Caráter da Internação 23 - Tipo de Internação 21 - Ipo de Internação 22 - Caráter da Internação 23 - Tipo de Internação 25 - Tipo de Internação 26 - Tipo de Internação 27 - Tipo de Internação 28 - Tipo de Internação 28 - Tipo de Internação 29 - Tipo de Internação 29 - Tipo de Internação 29 - Tipo de Internação 20 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 25 - 11	Otde. Diárias Solicitadas 26 - Pre-	visão de uso de OPME	revisão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação clínica Hipótse Diagnóstica				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10 (2) (opcional) M232	32 - 0 (3) (opcional)	CID 10 (4) (opcional) 33 - Indicaçã	ão de Acidente (acidente ou doe	nça relacionada)
Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição			37 - 0	Otde. Solict. 38 - Otde. Aut.
22 30733065 REPARO OU 18 60000805 DI ARI A DE C	SUTURA DE ÚM MENISCO QUARTO COLETIVO DE 2 L	ACAO, RESSECCAO E/OU PL) LEITOS COM BANHEIRO PRI PAMENTO PARA ARTROSCO	VATIVA	
Dados da Autorização 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diá	rias Autorizadas 41 - Tipo da	acomodação autorizada		
17/07/2024 14:00:00	001 1 COL	ETIVO		
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946	43 - Nome do Prestador Autor ASSOCIACAO EVAI	rizado NGELICA BENEFICENTE I	DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: MA.CLINICA / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL.Autorizados materiais solicitados (01 radiofrequencia, 01 lamina shaver, 03 Kit de sutura Crossfix) - fornecedor ARTHROM. Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva). OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passiveis de glosa.Para autorização de faturamento é necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RDC nº 14, de 5 de abril de 2011. Empresa / Titular: SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA Matrícula: 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do profissional solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização				