

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95105202

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia Atribuído pela Operadora 95105202													
4 - Data da Autorização 13/05/2024 16:	5 - Senha		5105202	6 - Data de Validade da Senha 14/07/2024										
Dados do Beneficiário	.50		7103202		17,0	772024								
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carteira	a	9 - A	Atendimento	de RN						
0320000071701079							N							
50 - Nome Social														
10 - Nome														
GILBERTO PEREIRA														
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado														
12 - Codigo na Operadora 13 - Nome do Contratado 07.142.188/0001-51 SAO FRANCISCO INSTITUTO					TUTO VID	Α								
14 - Nome do Profissional So	licitante	I_			15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conse					nselho	17 - UF	11	odigo CBO	
CIRO VERONESE DOS						06			23858			41	22527	70
Dados do Hospital / Local S 19 - Código na Operadora / C			-	al / Local Solicita	do					7	21 - Data	sugerida	para Inter	nacão
07.142.188/0001-51		1		O INSTITUTO						11		024 00:		nagao
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C		24 - Regime de Internação 1		25 - Qtd	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0		26 - Previsão de uso de OP		uso de OPM	PME 27 - Previsão de uso			uimioterápico
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MENISCO														
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID 1	0(4) (opcior	nal)	33 - Indica	ação de Ac	idente (ac	idente ou	doença re	elacionada)
S832												9		
Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código d	sistenciais So o Procedimento		Descrição								27	- Qtde. So	dio 29	Qtde. Aut.
1- 22 30733030 2-			NDRÓPL	ASTIA (COM									1	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	1 - Tipo de A	Acomodaçã	io autorizad	a						
			0	1										
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado da - Nome do Hospital / Local Autorizado (A4 - Código CNES) 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado (A7.142.188/0001-51) SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA (A7.29539)														
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 13/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização														





GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação				4 - Data da Autoria					
343269				94966911						
5 - Senha			05405202	Guia Atribuido pela	Operadora			05405303		
Dadas de Dansfieldie			95105202	<u> </u>					95105202	
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			31 - Nome Social							
7 - Numero da Carteira 31 - Nome Social 0320000071701079										
8 - Nome										
GILBERTO PEREII	RA									
Dados do Contratado	Solicitante									
9 - Código na Operadora	a		10 - Nome do Contratado							
07.142.188/0001-51	1		SAO FRANCISCO INST	TTUTO VIDA						
11 - Nome do Profissiona	al Solicitante			11	elho Profissional	13 - Número d	lo Conselho	14 - UF	15 - Código CBO	
CIRO VERONESE	DOS SANTO	os		06		23858		41	225270	
Dados da Internação										
16 - Qtde. diárias Adicion	nais Solicitadas	17 -Tipo	da Acomodação Solicitada							
0			1							
18 - Indicação Clínica RUPTURA DO MENIS	CO ATUAL									
Procedimentos ou Iten	s Assistenciais									
	ligo do Procedim		- Descrição	EMOCAO DE C	ODDOS LIVDES) BBOCEDI		- Qtde. Solid		
1- 22 307330)30 	1 1	ONDROPLASTIA (COM RI	EINIOCAO DE C	ORPOS LIVRES) - PROCEDI	MENTO 1	1 1 1	1	
3-		 					 	-11 		
4-		 					- _	_,, _		
5-								_, _		
6-							_	_	_ _ _	
7-	_ _ _ _	_ _					l_	_	_	
8-		<u> </u>						_	_ _ _	
Dados da autorização										
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizadas	11	da Acomodação Autorizada							
0		1								
26 - Justificativa da oper	adora									
27 - Observação / Justifi	cativa									
Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 13/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS										
28 - Data da Solicitação	2	9 - Assinatura	do Profissional Solicitante 3	0 - Assinatura do F	tesponsável pela Au	torização				