

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

 $_2$ - N° de guia no prestador 000093966755

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 3 - № da guia Atribuído pela Operadora 000093966755 4 - Data da Autorização 5 - Senha 007/02/2024 5 - Senha Dados do Beneficiário / Paciente 7 - Número da Carteira 00500000006913213 - Dependente 8 - Validade da carteira 10 - Nome completo IRENE DE PAIVA BONDEZAN Dados do Contratado Solicitante				6 - Data de validade da 05/04/202 - 9 - Atendimento a RN N	1 1	1 - Número do Cartão 709800009824 (
12 - Código na Operadora / 0 08.271.755/0001-32			13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA						
14 - Nome do Profissional So JONAS JOSE BLA		15 - Conselho Profissional 6664				onselho 17 - UF 33	18 - Código CBO S 225270		
Dados do Contratado Solicii 19 - Código na Operadora / 0 08.271.755/0001-32		do Hospital/Local Solicitado SPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA					erida para Internação		
22 - Caráter da Internação <u>[1]</u>	23 - Tipo de Internação [2]	24 - Regime de Interna [1]	ação 25 - Qto	de. Diárias Solicitadas [001]	26 - Previsi	ão de uso de OPME [S]	27 - Previsão de uso	de Quimioterápico	
28 - Indicação clínica EM ANEXO Hipótse Diagnóstica 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10 (2) (opcional) 31 - CID 10 (3) (opcional) 32 - CID 10 (4) (opcional) 91 10 - CID 10 (2) (opcional) 10 - CID 10 (3) (opcional) 10 - CID 10 (4) (opcional) 10 - CID 10									
							37 - Qtde. Solict.	38 - Qtde. Aut.	
ou Item Assis 22 30735038 18 60000805 18 60024151	ACROMIC RUPTURA DIARIA I	PPLASTIA - PROCEDI DO MANGUITO ROT E QUARTO COLETIV TAXA DE APARELHO	ADOR - PR O DE 2 LEI	OCEDIMENTO TOS COM BANHEI	RO PRIVA	TIVO	1 1 1 1 1 - - - - - - - - - - - -	1 1 1 1 1 - - - - - - - - - - - -	
Dados da Autorização 39 - Data Provável de Admis	são Hospitalar 40 - Qtde		11 - Tipo da ac	omodação autorizada					
1001 1 ENFERMARIA 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 43 - Nome do Prestador Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 44 - Código CNES 6074502 45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (43)3371-2500 / **********************************									
46 - Data da Solicitação 1 1 1 47 - Assinatura do profissional solicitante				tura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			ela Autorização		