

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **00007732569**

Pág.: 1 de 1

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação 19 - Codigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 22 - Oradigo na Operadora / CNPJ / CPF 946 94	1 - Registro ANS 326755	3 - N° da guia Atribuído pel 000007732569	a Operadora				
Part	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,						
10 - Nome	7 - Número da Carteira	ciente	8 - Validade da cart	11	RN		
Contraction	50 - Nome Social						
13 - Nome do Comitatado ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 15 - Comasilho Professional Solicitando 15 - Nome do Professional Solicitando / Dados da Internação 16 - Nome do Professional 16 - Nome do Professional 17 - Numero no Conselho 17 - Numero no Conselho 17 - Numero no Conselho 18 - Codigo CE PR 18 - Codigo CE PR 18 - Codigo CE PR 26921 19 - Número no Conselho 17 - Numero no Conselho 17 - Numero no Conselho 18 - Codigo CE PR 18							
Datos do Contratado Solicitado / Dados da Internação 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data Sugerida para Internação 11 22 - Tipo do Internação 22 - Frevisão do Local Company 23 - Tipo do Internação 11 22 - Tipo do Internação 23 - Tipo do Internação 11 20 - Dia Principal (opcional 30 - CID 10 (2) (opcional) 31 - CID 10 (3) (opcional) 32 - CID 10 (4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionado) 19 20 - Dia Principal (opcional Internação 22 - 3073306 22 - 3073306 22 - 3073306 22 - 3073306 22 - 30733073 20 - 20 - 20 - 20 - 20 - 20 - 20 - 20	12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 - Nome do Contratado						
20 - Nome do Hospital/Load Solicitados 21 - Data Sugerida para Interregado 22 - Será fila 23 - Tipo de Internação 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Citide. Diarias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Ouimictera 11 11 12 28 - Indicação clínica 26 - Previsão de uso de Ouimictera 11 11 12 29 - Indicação clínica 27 - Citide. Diarias Solicitadas 28 - Previsão de uso de Ouimictera 11 11 12 29 - Indicação clínica 27 - Citide. Diarias Solicitadas 28 - Previsão de uso de Ouimictera 11 12 13 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 12 - CID 10 (2) (opcional) 30 - CID 10 (2) (opcional) 31 - CID 10 (3) (opcional) 32 - CID 10 (4) (opcional) 33 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 12 - CID 10 (2) (opcional) 13 - CID 10 (3) (opcional) 13 - CID 10 (4) (opcional) 13 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 13 - CID 10 (2) (opcional) 13 - CID 10 (3) (opcional) 13 - CID 10 (4) (opcional) 13 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 13 - CID 10 (2) (opcional) 13 - CID 10 (3) (opcional) 13 - CID 10 (4) (opcional) 13 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 14 - CID 10 (2) (opcional) 15 - CID 10 (3) (opcional) 15 - CID 10 (4) (opcional) 13 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 14 - CID 10 (2) (opcional) 15 - CID 10 (3) (opcional) 15 - CID 10 (4)							
11	19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data Sugerida para Interna						
Hipotse Diagnostica 29 - CID 10 (2) (opcional) 31 - CID 10 (3) (opcional) 32 - CID 10 (4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) M235 19 19	· ·	· '	11 °	*			
22 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10 (2) (opcional) 31 - CID 10 (3) (opcional) 32 - CID 10 (4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 19	·						
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 36 - Descrição 37 - Otde. Solict. 38 - Otde. A 38 - O	29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID 10 (2) (opciona	31 - CID 10 (3) (opciona	al) 32 - CID 10 (4) (opcional)		dente ou doença relacionada)	
0u Item Ássistencial 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO 1 22 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA ¿ ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO 1 18 600024151 ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUI PAMENTO PARA ARTROSCOPIA 1 1							
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar 06/05/2024 07:00:00 001 41 - Tipo da acomodação autorizada 41 QUARTO COMPARTILHADO 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946 43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 44 - Código CN 2550792 45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MARIA.SANTOS / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS,	ou Item Assis 22 30733065 22 30731119 22 30733049 22 30733073 18 60000805 18 60024151 - - - - - - - - - -	tencial REPARO TENOPL OSTEOCI RECONS DIARIA	OU SUTURA DE UM N ASTIA / ENXERTO DE ONDROPLASTIA ¿ EST TRUCAO, RETENCION DE QUARTO COLETIV	TENDAO - TRATAMENTO TABILIZACAO, RESSECCA IAMENTO OU REFORCO D O DE 2 LEITOS COM BANI	O E/OU PLASTIA # O LIGAMENTO HEIRO PRIVATIVA	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
946 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MARIA.SANTOS / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS,	39 - Data Provável de Admi: 06/05/2024 07	:00:00	001	41 QUARTO COMPAR	1		
Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MARIA.SANTOS / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS,	946 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792						
Empresa / Titular: GISLEIDE MARIA GOBETI MAZUR Matră-cula: 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do profissional solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização							