

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 91248523

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | | | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 19/05/2023 | | 5 - Senha | | 6 - Data de Validade da Senha | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 0005000054408710 | | 8 - Validade da Carteira 19/05/2023 | | 9 - Atendimento a RN N | | | | | | | |
| 10 - Nome EROM IZAEEL HUMMEL | | 11 - Cartão Nacional de Saúde | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 13 - Nome do Contratado VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO | | 15 - Conselho Profissional 6 | | 16 - Número no Conselho 32298 | | 17 - UF Pr | | 18 - Código CBO 225270 | | | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32 | | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA | | 21 - Data sugerida para internação 02/06/2023 | | | | | | | |
| 22 - Caráter do atendimento 1 | | 23 - Tipo de Internação 2 | | 24 - Regime de Internação 1 | | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | | 26 - Previsão de uso de OPME S | | 27 - Previsão de uso de quimioterápico S | |
| 28 - Indicação Clínica Paciente com osteossintese dos ossos da perna apresentando dor na região dos implantes, provavelmente por causa de Stress-shielding pelo implante. Plano: 1 - Retirada dos materiais de síntese Material: 1 - Caixa de retirada (arthrom ou cirrusil - checar no HCOR BELA) 2 - Curativo Pico7 - Cirurgia Curitiba - ABBA | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal T843 | | 30 - CID 10 (2) 0 | | 31 - CID 10 (3) 0 | | 32 - CID 10 (4) 0 | | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | | |
| Procedimentos Solicitados | | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 22 | | 35 - Código do Procedimento 30715270 | | 36 - Descrição Retirada de material de síntese - tratamento | | | | 37 - Qtde. Solic 1 | | 38 - Qtde. Aut 1 | |
| 1 - | | | | | | | | | | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | |
| 10 - | | | | | | | | | | | |
| 11 - | | | | | | | | | | | |
| 12 - | | | | | | | | | | | |
| Dados da Autorização | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar | | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas 0 | | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 0 | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 0 | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | | 44 - Código CNES 9999999 | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data de Solicitação 19/05/2023 | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Vinicius Ribeiro Menegazzo Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 32298 | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | |