



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94950316**
(Via HOSPITAL)

| | | |
|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94950316 | |
| 4 - Data da Autorização 30/04/2024 08:48 | 5 - Senha 94950316 | 6 - Data de Validade da Senha 29/06/2024 |

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000040074121 | 8 - Validade da Carteira 01/08/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
| 50 - Nome Social | | |
| 10 - Nome ADILSON JOSE DA SILVA | | |

| | | | | |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| Dados do Contratado Solicitante | | | | |
| 12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 | 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante TOMAS SEIBEL | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 36495 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|---|--|
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | 21 - Data sugerida para Internação 09/05/2024 00:00 | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão de uso de OPME S | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
| 28 - Indicação Clínica OSTEONECROSE DE CABEÇA DO FEMUR | | | | | |
| 29 - 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) 9 | | | | | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------|-----------------|--|
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | | | | | |
| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. | |
| 1- 22 | 30724287 | TRATAMENTO DE NECROSE AVASCULAR POR FORAGEM DE ESTAQUEAM | 1 | 1 | |
| 2- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 | |
| 3- [] | [] | | [] | [] | |
| 4- [] | [] | | [] | [] | |
| 5- [] | [] | | [] | [] | |
| 6- [] | [] | | [] | [] | |
| 7- [] | [] | | [] | [] | |
| 8- [] | [] | | [] | [] | |
| 9- [] | [] | | [] | [] | |
| 10- [] | [] | | [] | [] | |
| 11- [] | [] | | [] | [] | |
| 12- [] | [] | | [] | [] | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Dados da autorização | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | 44 - Código CNES 2550792 |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 30/04/2024 / Empresa / Titular: DORI ALIMENTOS SA | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 94950316 | 4 - Senha 94950316 | 5 - Data da Autorização 30/04/2024 08:48 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94950316 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

| | |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000040074121 | 29 - Nome Social |

| | |
|----------|-----------------------|
| 8 - Nome | ADILSON JOSE DA SILVA |
|----------|-----------------------|

| Dados do Profissional Solicitante | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante TOMAS SEIBEL | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

| Dados da cirurgia | |
|----------------------------|---|
| 12 - Justificativa técnica | <p>OSTEONECROSE DE CABEÇA DO FEMUR</p> <p>OSTEONECROSE DE CABEÇA DO FEMUR</p> |

[illegible]

| |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do Material |
|--------------------------------|

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 30/04/2024 / Empresa / Titular: DORI ALIMENTOS SA

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|---|