



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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **000007115521**

Pág.: 1 de 1

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|---|--|------------------------------------|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 326755 | | 3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora 000007115521 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 29/05/2023 | | 5 - Senha 000007115521 | | 6 - Data de validade da Senha 10/06/2023 | | | | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário / Paciente | | 7 - Número da Carteira 514380 - Titular | | 8 - Validade da carteira | | 9 - Atendimento a RN N | | | | | | | | | |
| 10 - Nome completo MARISTELA DANIEL | | | | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 704009125091570 | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946 | | 14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES | | 15 - Conselho Profissional 06 | | 16 - Número no Conselho 23538 | | 17 - UF PR | | 18 - Código CBO S 225270 | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação | | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | | 21 - Data Sugerida para Internação | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946 | | 22 - Caráter da Internação 1 | | | | 23 - Tipo de Internação 2 | | 24 - Regime de Internação 1 | | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 001 | | 26 - Previsão de uso de OPME S | | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico _ | |
| 28 - Indicação clínica Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) Z00 | | 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 Solicitados | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 22 18 | | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 30724058 60000805 | | 36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA | | | | 37 - Qtde. Solic. 1 1 | | 38 - Qtde. Aut. 1 1 | | | | | |
| 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar | | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas 001 | | 41 - Tipo da acomodação autorizada 1 COLETIVO | | | | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946 | | | | 43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | | | | 44 - Código CNES 2550792 | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: LUZIMAR.CAPASSI / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520230511831262 Empresa / Titular: SERCOMTEL CONTACT CENTER S.A. Matrícula:3844 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação 11/05/2023 09:43 | | 47 - Assinatura do profissional solicitante | | | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | |