PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

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

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **000007612329**



| 1 - Registro ANS | 3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|
| 326755 | 000007612329 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de validade da Senha |
|---|---|---|
| 20/03/2024 | 000007612329 | 05/04/2024 |

Dados do Beneficiário / Paciente

| 7 - Número da Carteira | 8 - Validade da carteira | 9 - Atendimento a RN |
|---|---|---|
| 520723 - Titular | | N |

| 10 - Nome completo | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|
| DALVA FRANCISCA ABELHA LIMA | 700300913328636 |

Dados do Contratado Solicitante

| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 13 - Nome do Contratado |
|---|---|
| 946 | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA |

| 14 - Nome do Profissional Solicitante | 15 - Conselho Profissional | 16 - Número no Conselho | 17 - UF | 18 - Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| LUCAS DA FONSECA BORGHI | 06 | 26921 | PR | 225270 |

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

| 19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado | 21 - Data Sugerida para Internação |
|---|---|---|
| 946 | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | 15/04/2024 07:00:00 |

| 22 - Caráter da Internação | 23 - Tipo de Internação | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | 26 - Previsão de uso de OPME | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico |
|---|---|---|---|---|---|
| \|1\| | \|2\| | \|1\| | \|001\| | \|N\| | \|N\| |

28 - Indicação clínica

Hipótse Diagnóstica

| 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) |
|---|---|---|---|---|
| M232 | | | | \|9\| |

Procedimentos Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solict. | 38 - Qtde. Aut. |
|---|---|---|---|---|
| 22 | 30733049 | OSTEOCONDROPLASTIA ¿ ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1 | 1 |
| 22 | 30733065 | REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO | 1 | 1 |
| 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA | 1 | 1 |
| 18 | 60024151 | ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA | 1 | 1 |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | _____ | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | _____ | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | _____ | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | _____ | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | _____ | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | _____ | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | _____ | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |
| \|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | _____ | \|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\| |

Dados da Autorização

| 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas | 41 - Tipo da acomodação autorizada |
|---|---|---|
| 15/04/2024 07:00:00 | \|001\| | \|41\| QUARTO COMPARTILHADO |

| 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 43 - Nome do Prestador Autorizado | 44 - Código CNES |
|---|---|---|
| 946 | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | 2550792 |

45 - Observação / Justificativa
Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: CLINICA.BORGHI / MATERIAL ARTHROM / LAMINA DE SHAVER / CAPA DE VIDEO /EQUIPO DE SORO 4 VIAS / EQUIPO DE SORO Contato Beneficiario : Telefone Celular -> | Telefone Fixo -> | Email -> - Contratado Solicitante: BORGHI E WALGER CLINICA MEDICA LTDA ME Empresa / Titular: BW8 SOLUCOES CRIATIVAS LTDA Matrícula:

| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do profissional solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|---|---|---|---|
| 06/03/2024 13:27 | | | |