



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90109723

(Via HOSPITAL)

|  |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b>  |   | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>90109723</b>   |  |   |   |
| 4 - Data da Autorização<br><b>08/02/2023 12:13</b>   |   | 5 - Senha<br><b>90109723</b>   |  | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>09/04/2023</b>  |   |
| Dados do Beneficiário  |   |  |  |   |   |
| 7 - Numero da Carteira<br><b>0050000004651920</b>  |   | 8 - Validade da Carteira<br><b>05/01/2024</b>  |  | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b>   |   |
| 10 - Nome<br><b>NAILA GONCALVES MUNIZ</b>  |   |  |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br><b>702400569205724</b>   |   |
| Dados do Contratado Solicitante  |   |  |  |   |   |
| 12 - Código na Operadora<br><b>10.246.214/0001-04</b>  |   | 13 - Nome do Contratado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>  |  |   |   |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS</b>  |   |  | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b>        |   | 16 - Número do Conselho<br><b>22343</b>   |
|  |   |  | 17 - UF<br><b>41</b>                           |   | 18 - Código CBO<br><b>225270</b>  |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   |   |  |  |   |   |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>10.246.214/0001-04</b>   |   | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>   |  |   | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>15/02/2023 00:00</b>   |
| 22 - Caráter de Atendimento<br><b>1</b>  | 23 - Tipo de Internação<br><b>2</b>   | 24 - Regime de internação<br><b>1</b>  | 25 - Qtde. diárias Solicitadas<br><b>1</b>     | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>N</b>  | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b>  |
| 28 - Indicação Clínica<br>INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO   |   |  |  |   |   |
| 29-CID10 Principal (opcional)  |   | 30-CID10(2) (opcional)   | 31-CID10(3) (opcional)                         | 32-CID10(4) (opcional)  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b>   |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados   |   |  |  |   |   |
| 34 - Tabela<br>1- <b>22</b><br>2- <b>18</b><br>3- <input type="text"/><br>4- <input type="text"/><br>5- <input type="text"/><br>6- <input type="text"/><br>7- <input type="text"/><br>8- <input type="text"/><br>9- <input type="text"/><br>10- <input type="text"/><br>11- <input type="text"/><br>12- <input type="text"/> | 35 - Código do Procedimento<br><b>30710022</b><br><b>60000805</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | 36 - Descrição<br><b>RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O</b><br><b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |  | 37 - Qtde. Solic.<br><b>1</b><br><b>1</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | 38 - Qtde. Aut.<br><b>1</b><br><b>1</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| Dados da autorização   |   |  |  |   |   |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar<br><input type="text"/>  |   | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>1</b>  | 41 - Tipo de acomodação autorizada<br><b>1</b> |   |   |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>10.246.214/0001-04</b>  |   | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>   |  |   | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b>  |
| 45 - Observação<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 08/02/2023 / Empresa / Titular: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA  |   |  |  |   |   |
| 46 - Data da Solicitação<br><input type="text"/>   |   | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante  |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |   |
|  |   |  |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   |   |