GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 2348

1 - Registro ANS 343269	3 - Número	da Gu	ia Atribuido pela Operad	ora								
4 - Data da Autorização 5 - Senha						6 - Data de Val					alidade da Senha	
Dados do Benefici	ário											
7 - Número da Carteiro 0005000004575720	a 00							8 - Validade da Carteira			9-Atendimento a RN N	
10 - Nome ROSANGELA APAR	RECIDA DI	E ME	NEZES					11 - Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contrata	do Solicit	ante										
12 - Código na Operad 01019896				13 - Nome do Contratado FERNANDO TAKAO CINAGAVA								
14 - Nome do Profissio FERNANDO TAKAO							- Número no Conselho 896			17 - UF PR	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital	/ Local So	olicita	ado / Dados da Inter	паçãо								
19 - Código na Operad 08.214.460/0001-24	dora / CNPJ 4				20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL OTOCENTRO DE LOND						21 - Data sugerida para internação 09/01/2023	
22 - Caráter do atendir 1	2 - Caráter do atendimento 23 - Tipo de Interna 2		23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime 1	24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde, Diárias Solicitadas 1		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico N	
29 - CID 10 Principal M751		30 -	os rotadores, achados	31 - CID 1		32 - CID 10	5	33 -	Indicação de Acide	inte (acidente oi	u doença relacio	nada)
Procedimentos So		0		0] [0		9				CONTRACTOR AND ADDRESS OF THE PARTY.
34 - Tabela 1 - 22 2 - 22 3 - 22 4 - 5 - 6 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12	Service mercels	58 33		- Descrição uptura do manguito rotador - procedimento cromioplastia - procedimento videoartroscó enotomia da porção longa do bíceps - proce				37 - Ottol 1 1 1			e. Solic	38 - Otde, Aut 1 1 1
Dados da Autoriza	ção											
39 - Data Provável da	Admissão H	ospita	dar 40 - Qtd	e, Diarias Autori	izadas	41 - Tipo da 0	Acomodação Auto	rizada				
42 - Código na Operad 0	dera / CNPJ	autori	zado		43 - Noore do Hospital / Local Autorizado			44 - Código CNES 9999999				
45 - Observação / Just 3 ANCORAS JUGG	tificativa ERKNOT	2 LAN	MINAS SHAVER 1 BA	DIOEREQUE	NCIA BIPOLAR 1	GUIA FLEXIVE	EL PARA SUTUR	A DO M		DOR		
							8 - Assinatura do B	Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 -			- Assinatura do Responsável pela Autorização	
				Dr. Ferna Ortopedi CRN	ndo T. Cinag a e Traumar vi-PR 19890	gia	_					