

CEP 86015-430 Fone: (43)3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 00007323903

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 326755	3 - N° da guia A	Atribuído pela Op 23903	peradora					
4 - Data da Autorização 14/09/2023					6 - Data de validade da 14/10/202			
7 - Número da Carteira 62353 - Dependent		8 - Validade	da carteira	9 - Atendimento a R	N			
50 - Nome Social								
10 - Nome JOAO MARTINEZ (ORTIZ JUNIO	DR						
Dados do Contratado Solici 12 - Código na Operadora / 946				lo Contratado	ANGELICA BENEFI	CENTE DE LONDRINA	1	
14 - Nome do Profissional So RAFAEL LEITE DE	ARES	15 - Conselho Profissional 06 16 - Número no Conselho 23538 17 - UF PR					18 - Código CBO S 225270	
Dados do Contratado Solici 19 - Código na Operadora / 946	20	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 21 - Data Sug					rida para Internação	
22 - Caráter da Internação 1	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regime de [1]	Internação 25	5 - Otde. Diárias Solicitadas [001]	26 - Previsão de uso de OPN	ME 27 - Previsão de us	o de Quimioterápico
Artrose nao especificad Hipótse Diagnóstica	la							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10 (2) (opcional) 31 - CI				31 - CID 10 (3) (opcional) 32 - CID 10 (4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 91				
Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do ou Item Assist		36 - Descrição					37 - Qtde. Solict.	38 - Qtde. Aut.
22 30738040 22 30738059 18 6000805 18 60024151 - - - - - - - - - -) i	CONDROPL DIARIA DE	ASTIA COM S QUARTO COL	SUTURA LAE LETIVO DE 2	O-ACETABULAR BRAL 2 LEITOS COM BANHE JI PAMENTO PARA AR			1 1 1 1 - - - - - - - - - - - -
Dados da Autorização 39 - Data Provável de Admis	são Hospitalar	40 - Qtde. Di	árias Autorizadas 001	11 '	da acomodação autorizada	TILHADO		
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946			43 - Nome o	lo Prestador Au	ıtorizado			44 - Código CNES
946	CINFJ / CFI		ASSOC	IACAO EV	ANGELICA BENEFI	CENTE DE LONDRINA	1	2550792

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Autorizado para ARTHROM, previamente negociado. ***Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).***OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa.

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização