



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90056964

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90056964			
4 - Data da Autorização 03/02/2023 10:37		5 - Senha 90056964		6 - Data de Validade da Senha 04/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000014803480		8 - Validade da Carteira 07/03/2025		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome NEIVA MARIA SILVA				11 - Cartão Nacional de Saúde 705002414154255	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 24650
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 15/02/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22 2- 18 3- <input type="text"/> 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento 30724058 60000805 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de acomodação autorizada 1		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			44 - Código CNES 2758083
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 03/02/2023 / Empresa / Titular: NEIVA MARIA SILVA					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - N°

90056964

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90056964	4 - Senha 90056964	5 - Data da Autorização 03/02/2023 10:37	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 90056964
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000014803480	8 - Nome NEIVA MARIA SILVA
---	--------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada
dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada

OPME Solicitadas

[illegible]

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 03/02/2023 / Empresa / Titular: NEIVA MARIA SILVA

26 - Data da Solicitação			27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
_ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _								