



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 2418

19/06 19139 6754

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
4 - Data da Autorização 31/05/2023	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0005000040090193	8 - Validade da Carteira 31/05/2023	9 - Atendimento a RN
---	-------------------------------------	----------------------

10 - Nome PATRICIA ELLEN OMODEI SOUZA	11 - Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------------	-------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 01019896	13 - Nome do Contratado FERNANDO TAKAO CINAGAVA
-----------------------------------	---

14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA	15 - Conselho Profissional 6	16 - Número no Conselho 19896	17 - UF PR	18 - Código CBO 225270
---	------------------------------	-------------------------------	------------	------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.214.460/0001-24	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA	21 - Data sugerida para internação 31/05/2023
--	---	---

22 - Caracter do atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Cide. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica	29 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				
------------------------	---	--	--	--	--

29 - CID 10 Principal M751	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
----------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	---

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Cide. Solic	38 - Cide. Aut
1 -	22	Ruptura do manguito rotador - procedimento	1	1
2 -	22	Acromioplastia - procedimento videoscópio	1	1
3 -	22	Ressaca lateral da clavícula - procedimento	1	1
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provisória da Admissão Hospitalar	40 - Cide. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
---	--------------------------------	------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES 9999999
--	--	--------------------------

45 - Observação / Justificativa	3 ANCORAS JUGGERKNOT 2 LAMINA DE SHAVER 1 RADIOFREQUENCIA BIPOLAR 1 GUIA FLEXIVEL PARA SUTURA DO MR	
---------------------------------	---	--

46 - Data de Solicitação 31/05/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
-------------------------------------	---	--	---

Dr. Fernando T. Cinagava
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR/19896