



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 91702750
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91702750
----------------------------	---

4 - Data da Autorização 29/06/2023 14:53	5 - Senha 91702750	6 - Data de Validade da Senha 28/08/2023
---	-----------------------	---

(43) 99105 1655 11/07 7h

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0050000059942803	8 - Validade da Carteira 05/04/2025	9 - Atendimento de RN N

50 - Nome Social

10 - Nome ISRAEL PEREIRA DE ARAUJO

Dados do Contratado Solicitante	
---------------------------------	--

12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA
--	--

14 - Nome do Profissional Solicitante FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 39832	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		
--	--	--

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 29/06/2023 00:00
---	---	--

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	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 TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO LACHMAN ROTURA COMPLETA DO LCA E DO LCM FRATURA FOCAL DA PORÇÃO POSTERIOR DO PLATÔ TIBIAL LATERAL COM FRAGMENTO QUE MEDE 22X15MM DE DIAMETRO INTERNO EDEMA
--

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
--	--	--	--	--	--

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
2- 22	30733014	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOEL	1	1
3- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
4- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
8- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
9- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
10- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
11- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []
12- []	[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] []	[] [] []

Dados da autorização			
----------------------	--	--	--

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	------------------------------------	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	44 - Código CNES 2580055
--	---	-----------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 29/06/2023 / Empresa / Titular: BRANDT SOLUCOES EM AGRICULTURA LTDA			
--	--	--	--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---