



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**90129420**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90129420</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>09/02/2023 15:45</b>	5 - Senha <b>90129420</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>10/04/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>9750000010083793</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
10 - Nome <b>JOSE RODA</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>				
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>36495</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

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

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>27/01/2023 00:00</b>			
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>0</b>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

## 28 - Indicação Clínica

PÃS OPERATÃRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL COM INFECÇÃO DE SÃTIO CIRÃRGICO E FRATURA DE FÃSMUR PROXIMAL

29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>
-------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30724279</b>	<b>REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar       /       /	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>0</b>	41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	
		44 - Código CNES <b>2550792</b>

## 45 - Observação

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: CUNICO\_ANA em 09/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

90129420

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação <b>89857127</b>	4 - Data da Autorização <b>09/02/2023 15:45</b>
5 - Senha <b>90129420</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90129420</b>	
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>9750000010083793</b>	8 - Nome <b>JOSE RODA</b>	
Dados do Contratado Solicitante		
9 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	10 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	
11 - Nome do Profissional Solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>	12 - Conselho Profissional <b>06</b>	13 - Número do Conselho <b>36495</b>
	14 - UF <b>41</b>	15 - Código CBO <b>225270</b>
Dados da Internação		
16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas <b>0</b>	17 - Tipo da acomodação solicitada <b>1</b>	
18 - Indicação Clínica PÃS OPERATÃRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL COM INFECÃJO DE SÃTIO CIRÃRGICO E FRATIRA DE FÃŠMUR PROXIMAL		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados		
19 - Tabela 1- <b>22</b>	20 - Código do Procedimento <b>30724279</b>	21 - Descrição <b>REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE</b>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	22 - Qtde. Solic. 23 - Qtde. Aut <b>1 1</b>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dados da autorização		
24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas <b>0</b>	25 - Tipo da Acomodação Autorizada <b>1</b>	
26 - Justificativa da operadora		
27 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: CUNICO_ANA em 09/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA		
28 - Data da Solicitação <input type="text"/>	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização