

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

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **000007143678** 

Pág.: 1 de 1

26/05/2023 15:08

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - N° da guia Atribuído pela C <b>000007143678</b>	Operadora			
09/06/2023	5 - Senha 000007143678		6 - Data de validade da Senha <b>25/06/2023</b>		
Dados do Beneficiário / Pa 7 - Número da Carteira 510898 - Titular	ciente	8 - Validade da carteira	9 - Atendimento a RN <b>N</b>		
10 - Nome completo DOUGLAS MARQUES MOREIRA				11 - Número do Cartão Na 703601008526138	
Dados do Contratado Solic 12 - Código na Operadora / <b>946</b>		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EV	ANGELICA BENEFICENTE	E DE LONDRINA	
14 - Nome do Profissional S ALEXANDRE RIBE			15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número no Conse <b>28281</b>	elho
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA					21 - Data Sugerida para Internaç 14/06/2023 14:00:00
22 - Caráter da Internação  1	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação [1]	5 - Qtde. Diárias Solicitadas   26 - P	Previsão de uso de OPME	7 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação clínica  Hipótse Diagnóstica  29 - CID 10 Principal (opcio	onal 30 - CID 10 (2) (opcional)	31 - CID 10 (3) (opcional) 32	orb to (4) (opcional)	ação de Acidente (acidente ou <b>9</b>	ı doença relacionada)
	do Procedimento 36 - Descrição		,,	3	37 - Qtde. Solict. 38 - Qtde. Aut.
ou Item Assis  22 3073306! 18 6000800! 18 6002415*   - - - - - - - - - - - - - - - - - -	5 REPARO O 5 DIARIA DE		CO 2 LEITOS COM BANHEIRO PI JIPAMENTO PARA ARTROSC		
Dados da Autorização  39 - Data Provável de Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diárias Autorizadas  41 - Tipo da acomodação autorizada					
14/06/2023 14 42 - Código na Operadora / 946		43 - Nome do Prestador Au	OLETIVO  utorizado  ANGELICA BENEFICENTE	- DE LONDRINA	44 - Código CNES <b>2550792</b>
45 - Observação / Justificat Protocolo: Telefone Cor PLANO REGULAMENTAD	ntratado: (43) 3378-1000 / E DO - COM COBERTURA PARA N	mitido Por: MA.CLINICA /	MATERIAIS DE IMPLANTE,ÓRTESI		L
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do profissional	solicitante 48 - F	Assinatura do Beneficiário ou Respons	sável 49 - Assinatura	do Responsável pela Autorização