



Pewaludan

Our answer 1515

Sen. Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43)3315-1900

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 000007643392

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 326755	3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora 000007643392	1905 1.00		
4 - Data da Autorização 05/04/2024	5 - Senha 000007643392	6 - Data de validade da Senha 19/04/2024	Arthrom. Paciente ok what's 15/4 Hosp ok	
Dados do Beneficiário / Paciente		8 - Validade da carteira	9 - Atendimento a RN N	
7 - Número da Carteira 524523 - Dependente				
10 - Nome completo JAILSON LONARDONI			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 708206607290947	
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946		13 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA		
14 - Nome do Profissional Solicitante FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Conselho 39832	17 - UF PR
18 - Código CBO 5 225270				
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA		21 - Data Sugerida para Internação
22 - Caráter da Internação [1]	23 - Tipo de Internação [2]	24 - Regime de Internação [1]	25 - Qtde. Diárias Solicitadas [001]	26 - Previsão de uso de OPME [S]
27 - Previsão de uso de Quimioterápico				
28 - Indicação clínica Transtorno do menisco devido a ruptura ou lesão antiga				
Hipótese Diagnóstica				
29 - CID 10 Principal (opcional) 'M232	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 Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição ou Item Assistencial	37 - Qtde. Solict.	38 - Qtde. Aut.
22 18	30733057 60000805	MENISCECTOMIA - UM MENISCO DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA	1 1	1 1
[1][1][1][1][1]	[1][1][1][1][1]	[1][1][1][1][1]	[1][1][1][1][1]	[1][1][1][1][1]
Dados da Autorização				
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas [001]	41 - Tipo da acomodação autorizada [41] QUARTO COMPARTILHADO		
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946	43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: LUZIMAR.CAPASSI / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. protocolo de atendimento: 32675520240320996112 Empresa / Titular: MARIA DO CARMO SOARES DE SOUZA Matrícula:				
46 - Data da Solicitação 20/03/2024 17:25	47 - Assinatura do profissional solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP: 86015-430
Fone: (43) 3315-1900

HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização	4 - Série	5 - Data de validade da Série	6 - Data de Emissão da Guia
326755				

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira

10 - Nome completo

Jelson Leonardoni

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante

Fábio Fraga Malulli de Oliveira

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho

39832

18 - UF

19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação

E - Eletiva U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de Internação

1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Indicação Clínica

Ruptura do menisco medial em joelho direito.

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Doença	29 - Indicação de Acidente
<input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	<input checked="" type="checkbox"/> M - Anos M - Meses D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID Principal

M23.2

31 - CID (2)

583.2

32 - CID (3)

33 - CID (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solict.	38 - Qtde. Aut.
30733057	Meniscectomia parcial por vídeo	01	
1	Flâmina de shaver	01	
2		01	
3			
4			
5			

OPM Solicitados

39 - Tabela 40 - Código do OPM	40 - Descrição OPM	42 - Qtde. 43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1			
2			
3			
4			
5			

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES

51 - Observações

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
20/03/24 Dr. Fábio Fraga Malulli ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM-PR 39.832 - TEOT 15509		