



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador: 25725228092335406106

1 - Registro ANS 338648	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização 06/10/2023
5 - Senha 4959339271		6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4959339

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 116590900	8 - Nome JOSE CARLOS DA SILVA
-------------------------------------	----------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado				
11 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	12 - Conselho Profissional CRM	13 - Número no Conselho 17905	14 - UF PR	15 - Código CBO	

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas 0	17 - Tipo da Acomodação Solicitada
--	------------------------------------

18 - Indicação Clínica DOR + LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES DIARIAS, SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO.

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut.
1 20	90206584	A CURITYBINA - Cx. 1 fr.	2	2

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas 0	25 - Tipo da Acomodação Autorizada
--	------------------------------------

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa Aprovado 1 shaver e 1 radiofrequência para a ARTHROM, negociação e pagamento direto ao fornecedor LIBERAÇÃO REG. SERVIÇO : G.'4959339' PRES: '25725228092335406106' TELEFONE DO LOCAL DE ATENDIMENTO: 43 - 33770900 Endereço Prestador: AV HIGIENOPOLIS - 2600, PARQUE GUANABARA, LONDRINA, PR - 86.050-000
--

28 - Data da Solicitação 28/09/2023	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---