



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador: 25725210042458090002

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| 1 - Registro ANS 338648 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5256685 | 6 - Data de Validade de Senha 07/10/2024 |
| 4 - Data da Autorização 10/04/2024 | 5 - Senha 5256685280 | |

Dados do Beneficiário

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| 7 - Número da Carteira 46350701 | 8 - Validade da Carteira 31/12/2024 | 9 - Atendimento a RN (Sim ou Não) Não |
| 10 - Nome MARIA FELICIA DA SILVA | | 11 - Cartão Nacional de Saúde 708507346518174 |

Dados do Contratado Solicitante

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------|-----------------|
| 12 - Código na Operadora 25725-2 | 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante MEDICO NAO ENCONTRADO | 15 - Conselho Profissional CRM | 16 - Número no Conselho 12345 | 17 - UF PR | 18 - Código CBO |

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | | | | |
|--|--|---|--|-------------------------------------|---|
| 19 - Código do Local Solicitado 25725-2 | 20 - Nome Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | 21 - Data sugerida para internação 28/03/2024 | | |
| 22 - Caráter de Atendimento Eletivo | 23 - Tipo de Internação (2) CIRÚRGICA | 24 - Regime de Internação (1) HOSPITALAR | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão de uso de OPME Não | 27 - Previsão de uso de quimioterápico Não |

28 - Indicação Clínica

LESÃO MENISCO DO JOELHO ESQUERDO

| | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|--|
| 29 - CID 10 Principal (Opcional) | 30 - CID 10 (2) (Opcional) | 31 - CID 10 (3) (Opcional) | 29 - CID 10 (4)(Opcional) | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) (0) ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA A TRABALHO |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|--|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|--|---|-------------------|-----------------|
| 1 18 | 60034068 | DIARIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD | 1 | 1 |
| 2 22 | 3.07.33.05-7 | MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO | 1 | 1 |

Dados da Autorização

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 28/03/2024 | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada (13) APARTAMENTO STANDARD | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorização 25725-2 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorização UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | 44 - Código CNES 6528104 |

45 - Observação / Justificativa

Aprovado em junta medica meniscectomia, shaver e radiofrequencia LIBERAÇÃO REG. SERVIÇO : G.'5256685' PRES: '25725210042458090002' TELEFONE DO LOCAL DE ATENDIMENTO: 43 - 33770900 Endereço Prestador: AV HIGIENOPOLIS - 2600, PARQUE GUANABARA, LONDRINA, PR - 86.050-000

| | | | |
|--|---|--|---|
| 46 - Data da Solicitação 10/04/2024 | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--|---|--|---|