



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 95977892
(Via HOSPITAL)

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95977892 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 30/07/2024 15:04 | 5 - Senha 95977892 | 6 - Data de Validade da Senha 28/09/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000058610530 | 8 - Validade da Carteira 20/06/2026 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

| |
|------------------|
| 50 - Nome Social |
|------------------|

| |
|---|
| 10 - Nome TULIO DUARTE SALLES |
|---|

Dados do Contratado Solicitante

| | |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19 | 13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA |
|---|---|

| | | | | |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 24619 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA | 21 - Data sugerida para Internação 01/08/2024 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 2 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão de uso de OPME S | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

| |
|---|
| 28 - Indicação Clínica LUXAÇÃO ACROMOCLAVICULAR ESQUERDA APOS QUEDA DE BICICLETA NO DIA 05072024 MAIS DE 3 SEMANAS |
|---|

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 29 - CID 10 Principal (opcional) | 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 ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1- 22 | 30717140 | RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVICULA - TRATAMENTO CIRURGI | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30717116 | LUXACOES CRONICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES - TRATAMENTO CI | 1 | 1 |
| 3- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 4- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dados da autorização

| | | |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA | 44 - Código CNES 2580055 |
|---|--|------------------------------------|

| |
|--|
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 30/07/2024 / Empresa / Titular: VALENTIN TURISMO ARAPONGAS LTDA |
|--|

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

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|---|