



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador **7720796**

1 - Registro ANS
326755

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
466610

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN
N

10 - Nome
SANDRA ANDRELLO MENEGAZZO

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora
0000000000

13 - Nome do Contratado
PAULO MARCEL YOSHII

14 - Nome do Profissional Solicitante
PAULO MARCEL YOSHII

15 - Conselho Profissional
6

16 - Número no Conselho
18504

17 - UF
PR

18 - Código CBO
225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ
78.613.841/0001-61

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado
HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA

21 - Data sugerida para internação
10/05/2024

22 - Caráter do atendimento
1

23 - Tipo de Internação
2

24 - Regime de Internação
1

25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1

26 - Previsão de uso de OPME
S

27 - Previsão de uso de quimioterápico
S

28 - Indicação Clínica
Instabilidade e dor no tornozelo esquerdo após trauma. Na RM tem sinovite na tibiotarsica e edema periligamentar + lesões crônicas. Ao exame físico tem instabilidade do canto lateral Plano: VideoRtroscopia para sinovectomia + Brostrom-Gould Material: Shaver 4,5mm // 2 ancoras 3,0mm

29 - CID 10 Principal
S932

30 - CID 10 (2)
0

31 - CID 10 (3)
0

32 - CID 10 (4)
0

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1 - 22	30734010	Sinovectomia total - procedimento videoartr	1	1
2 - 22	30734053	Reconstrução, retencionamento ou reforço de	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas
0

41 - Tipo da Acomodação Autorizada
0

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado
0

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES
9855718

45 - Observação / Justificativa

46 - Data de Solicitação
26/04/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização