


**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**
2- Nº Guia no Prestador **91868885**

1 - Registro ANS 343269		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 0005000000636358		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN N		10 - Nome CARLOS HENRIQUE DE SOUZA		
11 - Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO		
14 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO		15 - Conselho Profissional 6		
16 - Número no Conselho 32298		17 - UF Pr		
18 - Código CBO 225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA		
21 - Data sugerida para internação 01/09/2023				
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 Impacto anterior do tornozelo esquerdo com dor e incômodo. Plano: videoartroscopia com sinovectomia e ressecção de impacto anterior Mateiral - Allmedic Shaver partes moles Shaver partes osseas Chave de retirada de parafusos canulados				
29 - CID 10 Principal M259		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	30710022	Retirada de fios, pinos, parafusos ou haste	1	1
2 - 22	30734010	Sinovectomia total - procedimento videoartr	1	1
3 - 22	30734045	Osteocondroplastia - estabilização, ressecç	1	1
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 99999999
45 - Observação / Justificativa				
46 - Data de Solicitação 19/09/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização				