



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94697761**  
(Via HOSPITAL)

|                                   |                                                                |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>94697761</b> |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|

|                                                    |                              |                                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização<br><b>09/04/2024 09:44</b> | 5 - Senha<br><b>94697761</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>11/06/2024</b> |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                   |                          |                                   |
|---------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>1510000029948512</b> | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|

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

|                                      |
|--------------------------------------|
| 10 - Nome<br><b>GILBERTO GARUTTI</b> |
|--------------------------------------|

Dados do Contratado Solicitante

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

|                                                                             |                                         |                                         |                      |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>24650</b> | 17 - UF<br><b>41</b> | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

|                                                              |                                                                                        |                                                               |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>78.614.971/0001-19</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>22/04/2024 00:00</b> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

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

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| 28 - Indicação Clínica<br>dor no quadril esquerdo radiografia mostra artrose |
|------------------------------------------------------------------------------|

|                                                |                                         |                           |                           |                                                                         |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 29 - CID 10 Principal (opcional)<br><b>M16</b> | 30 - CID 10(2) (opcional)<br><b>M16</b> | 31 - CID 10(3) (opcional) | 32 - CID 10(4) (opcional) | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela                  | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição                                                      | 37 - Qtde. Solic.        | 38 - Qtde. Aut.          |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- <b>22</b>                 | <b>30724058</b>             | <b>ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA</b> | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 2- <b>18</b>                 | <b>60000384</b>             | <b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>                 | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 3- <b>18</b>                 | <b>60000805</b>             | <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 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<br><b>1</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</b> |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|

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

|                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 45 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 09/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização