

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 93550392

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
7 - Número da Carteira 0147000002088990		8 - Validade da Carteira 10/10/2026	
9 - Atendimento a RN N		10 - Nome OLGA PEREZ STEFANIU	
11 - Cartão Nacional de Saúde			
12 - Código na Operadora 01029657		13 - Nome do Contratado GUILHERME OGAWA	
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME OGAWA		15 - Conselho Profissional 6	
16 - Número no Conselho 29657		17 - UF PR	
18 - Código CBO 9999999		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 16/01/2024	
22 - Caráter do atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2	
24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Dianas Solicitadas 1	
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica LESÃO CRÔNICA DO LIGAMENTO COLATERAL RADIAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.			
29 - CID 10 Principal 0		30 - CID 10 (2) 0	
31 - CID 10 (3) 0		32 - CID 10 (4) 0	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tabela 22		35 - Código do Procedimento 30722470	
36 - Descrição Lesões ligamentares crônicas da mão - repar		37 - Qtde. Solic 1	
38 - Descrição Tenoplastia / enxerto de tendão - treatment		39 - Qtde. Aut 1	
40 - Descrição		41 - Descrição	
42 - Descrição		43 - Descrição	
44 - Descrição		45 - Descrição	
46 - Descrição		47 - Descrição	
48 - Descrição		49 - Descrição	
40 - Qtde. Dianas Autorizadas 0		41 - Tipo de Acomodação Autorizada 0	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 0		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES 9999999		45 - Observação / Justificativa OPME SOLICITADO: 02 UNID ANCORA 1,7MM COM SEPULTAMENTO TOTAL (GM REIS) /02 PARAFUSOS DE INTERFERENCIA 2,7MM (GM REIS)/ FORNECEDOR ARTHROM	
46 - Data de Solicitação 19/12/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dr. Guilherme Ogawa  
Cirurgia da Mão  
Microcirurgia  
CRM/PR: 29657