



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95496184**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95496184</b>	
4 - Data da Autorização <b>17/06/2024 18:30</b>	5 - Senha <b>95496184</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>16/08/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000061460500</b>	8 - Validade da Carteira <b>20/05/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>MATHEUS GUILHERME MONTANINI</b>		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>78.614.971/0001-19</b>		13 - Nome do Contratado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MAURICIO SHIGUENOBU KANASHIRO</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>5460</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>78.614.971/0001-19</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>24/06/2024 00:00</b>
22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica PCTE C LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO LESÃO DE MENISCO LESÃO CONDIL DE JOELHO ESQ NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO					
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) <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>30731119</b>	<b>TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
2- <b>22</b>	<b>30733057</b>	<b>MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
4- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	

Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.614.971/0001-19</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA</b>		44 - Código CNES <b>2580055</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 17/06/2024 / Empresa / Titular: MATHEUS GUILHERME MONTANINI				
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>95496184</b>	4 - Senha <b>95496184</b>	5 - Data da Autorização <b>17/06/2024 18:30</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95496184</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000061460500</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>MATHEUS GUILHERME MONTANINI</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>MAURICIO SHIGUENOBU KANASHIRO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>PCTE C/ LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO + LESÃO DE MENISCO + LESÃO CONDIL DE JOELHO ESQ. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO</p> <p>PCTE C LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO LESÃO DE MENISCO LESÃO CONDIL DE JOELHO ESQ NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO</p>

[illegible]

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 17/06/2024 / Empresa / Titular: MATHEUS GUILHERME MONTANINI

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