



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89905454**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89905454</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>20/01/2023 16:54</b>	5 - Senha <b>89905454</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>21/03/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000035313318</b>	8 - Validade da Carteira <b>10/11/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
10 - Nome <b>CLEONICE RODRIGUES PEREIRA</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde <b>704608106169229</b>

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>				
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28806</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>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>04/02/2023 00:00</b>			
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</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  
HALLUX VALGUS BILATERAL

29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(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>30731127</b>	<b>TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
2- <b>22</b>	<b>30729181</b>	<b>HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3- <b>22</b>	<b>30729203</b>	<b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 <input type="text"/>	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de acomodação autorizada <b>61</b>
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	
		44 - Código CNES <b>2550792</b>

45 - Observação  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 06677768937 em 20/01/2023 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA

46 - Data da Solicitação <input type="text"/>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--	---

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 06677768937 em 20/01/2023 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA		
26 - Data da Solicitação  _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização