



Sen. Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43)3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **000007209911**

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 326755		3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora 000007209911																																																																							
4 - Data da Autorização 20/07/2023		5 - Senha 000007209911																																																																							
6 - Data de validade da Senha 06/08/2023																																																																									
Dados do Beneficiário / Paciente																																																																									
7 - Número da Carteira 200405 - Titular		8 - Validade da carteira																																																																							
		9 - Atendimento a RN N																																																																							
10 - Nome completo CLAUDIO YOSHIMITSU ZAMA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 706803298735023																																																																							
Dados do Contratado Solicitante																																																																									
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA																																																																							
14 - Nome do Profissional Solicitante JONAS JOSE BLANCO		15 - Conselho Profissional 06																																																																							
		16 - Número no Conselho 6664																																																																							
		17 - UF PR																																																																							
		18 - Código CBO S 225270																																																																							
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação																																																																									
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA																																																																							
		21 - Data Sugerida para Internação																																																																							
22 - Caráter da Internação 1		23 - Tipo de Internação 2																																																																							
		24 - Regime de Internação 1																																																																							
		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 001																																																																							
		26 - Previsão de uso de OPME S																																																																							
		27 - Previsão de uso de Quimioterapia __																																																																							
28 - Indicação clínica Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado																																																																									
Hipótese Diagnóstica																																																																									
29 - CID 10 Principal (opcional) Z00																																																																									
30 - CID 10 (2) (opcional)																																																																									
31 - CID 10 (3) (opcional)																																																																									
32 - CID 10 (4) (opcional)																																																																									
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9																																																																									
Procedimentos Solicitados																																																																									
<table><tr><td>34 - Tabela</td><td>35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial</td><td>36 - Descrição</td><td>37 - Qtde. Solic.</td><td>38 - Qtde. Aut.</td></tr><tr><td>22</td><td>30726220</td><td>OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>22</td><td>30733014</td><td>SINOVECTOMIA TOTAL</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>18</td><td>60000651</td><td>DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr><tr><td> _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ </td><td>_____</td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ </td></tr></table>				34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	22	30726220	OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	2	22	30733014	SINOVECTOMIA TOTAL	1	2	18	60000651	DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD	1	1	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.																																																																					
22	30726220	OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	2																																																																					
22	30733014	SINOVECTOMIA TOTAL	1	2																																																																					
18	60000651	DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD	1	1																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
_	_ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _																																																																					
Dados da Autorização																																																																									
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas 001																																																																							
		41 - Tipo da acomodação autorizada 13 INDIVIDUAL																																																																							
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946		43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA																																																																							
		44 - Código CNES 2550792																																																																							
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MARIA.SANTOS / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520230707857210 Empresa / Titular: CLAUDIO YOSHIMITSU ZAMA Matrícula:																																																																									
46 - Data da Solicitação 07/07/2023 11:28																																																																									
47 - Assinatura do profissional solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																																																																							
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização																																																																							