



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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° de guia no prestador **000007698399**

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 326755		3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora 000007698399									
4 - Data da Autorização 30/04/2024		5 - Senha 000007698399		6 - Data de validade da Senha 16/05/2024							
Dados do Beneficiário / Paciente		7 - Número da Carteira 131435 - Dependente		8 - Validade da carteira		9 - Atendimento a RN N					
10 - Nome completo ITAMAR VIANA DE SOUZA JUNIOR					11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700204918935225						
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 ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA				15 - Conselho Profissional 06		16 - Número no Conselho 28281		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 08/05/2024 14:00:00		
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 N 	
28 - Indicação clínica											
Hipótese Diagnóstica											
29 - CID 10 Principal (opcional) M232		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											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic.		38 - Qtde. Aut.	
22		30733065		REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO				1		1	
22		30733049		OSTEOCONDROPLASTIA e ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #				1		1	
18		60000805		DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA				1		1	
18		60024151		ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA				1		1	
_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_____				_ _ _ _		_ _ _ _	
_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_____				_ _ _ _		_ _ _ _	
_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_____				_ _ _ _		_ _ _ _	
_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_____				_ _ _ _		_ _ _ _	
_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_____				_ _ _ _		_ _ _ _	
_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_____				_ _ _ _		_ _ _ _	
_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_____				_ _ _ _		_ _ _ _	
Dados da Autorização											
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar 08/05/2024 14:00:00				40 - Qtde. Diárias Autorizadas 001 		41 - Tipo da acomodação autorizada 41 QUARTO COMPARTILHADO					
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946				43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA						44 - Código CNES 2550792	
45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MA.CLINICA / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ORTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. Empresa / Titular: ITAMAR VIANA DE SOUZA Matrícula:											
46 - Data da Solicitação 16/04/2024 08:53		47 - Assinatura do profissional solicitante				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	