



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

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **000007494524**

Pág.: 1 de 1

|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|--|---------------|---|---|--|--|
| 1 - Registro ANS<br>326755  |  | 3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora<br>000007494524 |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| 4 - Data da Autorização<br>29/12/2023   |  | 5 - Senha<br>000007494524                               |   | 6 - Data de validade da Senha<br>28/01/2024  |  |  |               |   |   |  |  |
| Dados do Beneficiário / Paciente  |  | 7 - Número da Carteira<br>479470 - Dependente           |   | 8 - Validade da carteira   |  | 9 - Atendimento a RN<br>N                          |               |   |   |  |  |
| 10 - Nome completo<br>LIVIA MELO GONCALVES  |  |   |   |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700609947713368 |  |               |   |   |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante   |  | 13 - Nome do Contratado<br>ADRIANA PRUETER PAZIN        |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>872  |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante   |  |   | 15 - Conselho Profissional<br>06  |  | 16 - Número no Conselho<br>14166                           |  | 17 - UF<br>PR |   | 18 - Código CBO S<br>225270                     |  |  |
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação  |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>946  |  |   | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado<br>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA |  |  |  |               | 21 - Data Sugerida para Internação                                |   |  |  |
| 22 - Caráter da Internação<br> 1  |  | 23 - Tipo de Internação<br> 2                           |   | 24 - Regime de Internação<br> 1  |  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br> 001             |               | 26 - Previsão de uso de OPME<br> S                                |   | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br> |  |
| 28 - Indicação clínica<br>Tetraplegia espástica   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| Hipótese Diagnóstica  |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional)<br>G824  |  | 30 - CID 10 (2) (opcional)                              |   | 31 - CID 10 (3) (opcional)   |  | 32 - CID 10 (4) (opcional)                         |               | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br> 9 |   |  |  |
| Procedimentos Solicitados   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| 34 - Tabela   |  | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial        |   | 36 - Descrição   |  |  |               | 37 - Qtde. Solicit.   |   | 38 - Qtde. Aut.                            |  |
| 22  |  | 30724198  |   | LUXACAO CONGENITA DE QUADRIL (REDUCAO CIRURGICA E                                  |  |  |               | 2   |   | 2  |  |
| 22  |  | 30724244  |   | OSTEOTOMIAS SUPRA-ACETABULARES (CHIARI, PEMBERTON, "DIAL",                         |  |  |               | 2   |   | 2  |  |
| 22  |  | 20103140  |   | BLOQUEIO FENOLICO, ALCOOLICO OU COM TOXINA BOTULINICA (DE                          |  |  |               | 1   |   | 4  |  |
| 18  |  | 60000805  |   | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA                       |  |  |               | 1   |   | 1  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| Dados da Autorização  |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar   |  |   | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br> 001  |  |  | 41 - Tipo da acomodação autorizada<br> 1  COLETIVO |               |   |   |  |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>946  |  |   |   | 43 - Nome do Prestador Autorizado<br>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA |  |  |               |   |   | 44 - Código CNES<br>2550792                |  |
| 45 - Observação / Justificativa<br>Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: PALLOMA.SILVA / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520231122927248. PROCEDIMENTO 20103522 - Patologias osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária - NÃO AUTORIZADO POR SER FISIOTERAPIA O QUE NÃO SE APLICA AO PROCEDIMENTO SOLICITADO.<br>Empresa / Titular: COMPAR ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA Matrícula: 97685 – 1122359 |  |   |   |  |  |  |               |   |   |  |  |
| 46 - Data da Solicitação<br>29/12/2023 15:18  |  | 47 - Assinatura do profissional solicitante             |   |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável             |  |               |   | 44 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  |  |