



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94869186**
(Via HOSPITAL)

| | | |
|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94869186 | |
| 4 - Data da Autorização 23/04/2024 10:20 | 5 - Senha 94869186 | 6 - Data de Validade da Senha 09/07/2024 |

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | |
| 7 - Número da Carteira 8650000441146003 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN N |
| 50 - Nome Social | | |
| 10 - Nome ELAINE CRISTINA DE BRITO | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19 | | 13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI | | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 24650 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|---|
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19 | | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA | | | 21 - Data sugerida para Internação 06/05/2024 00:00 |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão de uso de OPME S | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
| 28 - Indicação Clínica dor no quadril direito rx demonstra artrose | | | | | |
| 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) 9 |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------|-----------------|--|
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | | | | | |
| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. | |
| 1- 22 | 30724058 | ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA | 1 | 1 | |
| 2- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 | |
| 3- [] | [] | | [] | [] | |
| 4- [] | [] | | [] | [] | |
| 5- [] | [] | | [] | [] | |
| 6- [] | [] | | [] | [] | |
| 7- [] | [] | | [] | [] | |
| 8- [] | [] | | [] | [] | |
| 9- [] | [] | | [] | [] | |
| 10- [] | [] | | [] | [] | |
| 11- [] | [] | | [] | [] | |
| 12- [] | [] | | [] | [] | |

| | | | | |
|---|---|--|---|------------------------------------|
| Dados da autorização | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA | | 44 - Código CNES 2580055 |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 23/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |

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