



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO  
DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador: 25725210042458091206

1 - Registro ANS 338648	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorizacao 10/04/2024
5 - Senha 5256685280		6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5256685

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 46350701	8 - Nome MARIA FELICIA DA SILVA
------------------------------------	------------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado
-------------------------	-------------------------

11 - Nome do Profissional Solicitante MEDICO NAO ENCONTRADO	12 - Conselho Profissional CRM	13 - Número no Conselho 12345	14 - UF PR	15 - Código CBO
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas 0	17 - Tipo da Acomodação Solicitada
--	------------------------------------

18 - Indicação Clínica LESÃO MENISCO DO JOELHO ESQUERDO
--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut.
1 19	0000050763	LUVA C/POLEGAR NEOPRENE GRD. - LUVA C/POLEGAR NEOPRENE GRD.	1	1
2 19	78632404	PONTEIRA ABLAÇÃO C/ASPIRACAO STD - PONTEIRA ABLAÇÃO C/ASPIRACAO STD	1	1

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas 0	25 - Tipo da Acomodação Autorizada
--	------------------------------------

26 - Justificativa da operadora
---------------------------------

27 - Observação / Justificativa Aprovado em junta medica1 shaver e 1 radiofrequencia ARTHROM negociação e pagamento direto ao fornecedor LIBERAÇÃO REG. SERVIÇO : G.'5256685' PRES: '25725210042458091206' TELEFONE DO LOCAL DE ATENDIMENTO: 43 - 33770900 Endereço Prestador: AV HIGIENOPOLIS - 2600, PARQUE GUANABARA, LONDRINA, PR - 86.050-000
---

28 - Data da Solicitação 10/04/2024	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---