

Londrina - PR CEP 86015-430 Fone: (43)3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 00007393944

Pág.: 1 de 1

26/10/2023 08:03

1 - Registro ANS 326755	3 - N° da guia Atribuído pela 000007393944	Operadora				
26/10/2023	5 - Senha 000007393944		6 - Data de validade da Senha 25/11/2023]		
Dados do Beneficiário / Par 7 - Número da Carteira 521494 - Titular	ciente	8 - Validade da carteira	9 - Atendimento a RN N			
10 - Nome completo JOSE EDGAR XAV	/IER DOS SANTOS		11 - Número do C 7046051869		artão Nacional de Saúde 991629	
Dados do Contratado Solic 12 - Código na Operadora /		13 - Nome do Contratado				
946		ASSOCIACÃO E	/ANGELICA BENEFICENTE			
14 - Nome do Profissional S BRUNO BOSIO DA			15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Col 32301	nselho 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 ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA					21 - Data Sug	gerida para Internaçã
22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação 11	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr	revisão de uso de OPME	27 - Previsão de us	o de Quimioterápico
Hipótse Diagnóstica	nai 30 - CID 10 (2) (opcional)	xas ou diagnóstico relatado	2 OID TO (4) (opcional)	ção de Acidente (acidente	ou doença relaciona	nda)
Procedimentos Solicitados		,,	' '		37 - Otde. Solict.	
ou Item Assis 22 30735068 22 3073508 18 60000809 - - - - - - - - - - - - -	RUPTURA ACROMIO RESSECCA	DO MANGUITO ROTADO PLASTIA AO LATERAL DA CLAVICU		RIVATIVA	1 1 1 1 1 - - - - - - - - - - - -	38 - Otde. Aut. 1 1 1 1 - - - - - - - - - - - - - - -
Dados da Autorização		Dissipa Autoria da 1 May Tia				
39 - Data Provável de Admi	ssau Hospitalar 40 - Qtde.		o da acomodação autorizada QUARTO COMPARTILHAD	o		
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 946 43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA						44 - Código CNES 2550792
	tratado: (43) 3378-1000 / I	STATICA A PO LTDA Matrícu	IO / protocolo de atendimento: 32 la: Assinatura do Beneficiário ou Respons:		ra do Responsável j	neja Autorização