



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 8475060

"A Autorização Complementar Nr. 8475054 está associada a esta autorização. (Status do complemento: Aprovado)."

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3333689	
4 - Data da Autorização	5 - Senha
03/03/2023	8475060
	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
0000209015895361102	30 / 06 / 2026	N

50 - Nome Social	ROSEMERI CECHIN FACCO
------------------	-----------------------

10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
ROSEMERI CECHEIN FACCO	70000057050715001

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
04762301000375	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
WALTER TAKI	06	18000000000000000000	PR	225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 04762301000375	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para internação 10/03/2023
---	--	--

22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Dias Solicitados	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterapia
1	2	1	0 0 1	S	N

28 - Indicação Clínica SEGUE EM ANEXO PEDIDO MEDICO.
--

29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
				9

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1	9 3 3 0 7 3 8 0 4 0	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCÓPICO	0 0 1	0 0 1
2	9 3 3 0 7 3 8 0 5 9	CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCÓPICO EM COXOFEMORAL	0 0 1	0 0 1
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Dados da Autorização

39 - Data provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada
10/03/2023	001	12

42 - Código na Operadora / CNPJ Autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
04762301000375	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	7758391

45 - Observação / Justificativa
 NR. AUTORIZ. COMPLEMENTAR OPME: 8475054
 DESCRIÇÃO DA AUTORIZAÇÃO COMPLEMENTAR OPME: SEQUE EM ANEXO PEDIDO MEDICO.
 "OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS) CUJO VALOR TOTAL ULTRAPASSEM R\$ 5.000,00 PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO COMPLEMENTAR"
 CODIGOS E MATERIAIS LIBERADOS EM CONTAO HOSPITALAR CONFORME TABELA ACORDADA: 01 BOMBA DE INFUSAO, 02 ANCORAS ABSORVIVEIS, 01 SHAVER PARTE MOLE
 01 SHAVER PARTE OSSEA 01 PONTEIRA DE RF E 01 OPSITE
 COBERTURA PARA ACOMODACAO E ALIMENTACAO, CASO FORNECIDAS PELO HOSPITAL, PARA 1 (UM) ACOMPANHANTE DE PACIENTE INTERNADO, DESDE QUE HAJA
 DISPONIBILIDADE DE ACOMODACAO PARA ACOMPANHANTE: A) PACIENTE COM MENOS DE 18 (DEZOITO) ANOS OU IDOSO A PARTIR DE 60 (SESENTA) ANOS DE IDADE. B)
 PACIENTE PORTADOR DE DEFICIENCIA, CONFORME INDICACAO DO MEDICO ASSISTENTE OU CIRURGIAO-DENTISTA ASSISTENTE, ASSIM COMO O CUSTO RELATIVO A
 PARAMENTACAO DE SEU ACOMPANHANTE. C) PARTURIENTE, DURANTE O TRABALHO DE PARTO, NO PARTO E NO POS-PARTO IMEDIATO (48 HORAS), SALVO POR
 CONTRAINDICACAO DO MEDICO ASSISTENTE. D) QUANDO HOUEVER INDICACAO, LIMITADA AO PREVISTO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAUDE, VIGENTE A
 EPOCA DO EVENTO.
 SITUAÇÃO: ALTA PENDENTE
 RESUMO DA LIBERAÇÃO: CODIGOS E MATERIAIS LIBERADOS EM CONTAO HOSPITALAR CONFORME TABELA ACORDADA: 01 BOMBA DE INFUSAO, 02 ANCORAS ABSORVIVEIS
 01 SHAVER PARTE MOLE. 01 SHAVER PARTE OSSEA 01 PONTEIRA DE RF E 01 OPSITE

46 - Data da Solicitação 03/03/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--	---