PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador **000007837338**

1 - Registro ANS	3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora
326755	000007837338

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha
19/06/2024	000007837338	19/07/2024

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Validade da carteira	9 - Atendimento a RN
476646 - Titular		N

50 - Nome Social

10 - Nome
JOAO ELIZIO RODRIGUES CALEFFI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado
946	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO S
ROBERTO GRANGE GASPARELLI	06	32428	PR	225270

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	21 - Data Sugerida para Internação
946	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	06/06/2024 07:30:00

22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
|1|	|2|	|1|	|001|	|S|	|N|

28 - Indicação clínica

Hipótse Diagnóstica

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)
S83				|9|

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solict.	38 - Qtde. Aut.
22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO	1	1
22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO	1	1
18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA	1	1
18	60024151	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA	1	1
|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	_____	|_|_|_|	|_|_|_|
|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	_____	|_|_|_|	|_|_|_|
|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	_____	|_|_|_|	|_|_|_|
|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	_____	|_|_|_|	|_|_|_|
|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	_____	|_|_|_|	|_|_|_|
|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	_____	|_|_|_|	|_|_|_|
|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	_____	|_|_|_|	|_|_|_|

Dados da Autorização

39 - Data Provável de Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da acomodação autorizada
06/06/2024 07:30:00	|001|	|1| COLETIVO

42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	43 - Nome do Prestador Autorizado	44 - Código CNES
946	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	2550792

45 - Observação / Justificativa
Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MARIA.SANTOS / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL.Kit de Sutura Meniscal – Liberado parcialmente conforme lesões de exame de RM, 02 Kit de Sutura Meniscal, sendo o suficiente para realização do procedimento. Podendo ser apresentar novos documentos para reanalise.
Empresa / Titular: COMPAR ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA MatrÃ-cula:97926 – 1057371

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do profissional solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
19/06/2024 09:57			