

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador 047623010 DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS	3 - Número da	Guia Atrib	uido pela O	peradora								
41913 - 3	2781844	41										
4 - Data da Autorização 5		5 - Sent	5 - Senha					6 - Data de Validade da Senha				
28/09/2023 280546840				00					18/03/2024			
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira						8 - Validade da Ca	arteira	9-Ate	ndimento a RI	4		
0185655180010100					31/01/2100				N			
50 - Nome Social					153	<u> </u>						
10 - Nome												
TATIANE APARECIDA DA SILVA 708402251278962 Dados do contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
04762301000103 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA												
14 - Nome do Profissional	Solicitante			1	5 - Conselho Profission	16 - Número no	Conselho		17	- UF 18 - (Código CBO	
GUILHERM E JOSE M	YASAKI PIC	VESANA		•	06	30165				PR 2	225270	
Dados do Hospital / Local		dos da Inte	ernação			<u>-</u> -						
19 - Código na Operadora					Hos pital/Loc				21 - Dat		ıra internação	
04762301000103	B			HOSPITAI	L DO CORA	CAO DE LONDI	RINA LTDA	L		20/09/2	023	
22 - Caráter do Atendimer	to 23-Tipo de	Internação	24 - Regin	ne de Internaçã	io 25 - Qtde. D	iárias Solicitadas	26 - Previsã	o de uso de OPM	E 27 - Previsi	ão de uso de	quimioterápico	
1	2	:		1		1		S		N		
28 - Indicação Clínica			L						4			
29-CID 10 Principal (Opcional)	31 - CID 10	CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional)				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)						
		y			J.		9					
Procedimentos Solicitado		-4- 2C D-							0.7	O. I. O. P.	20 0.1 1	
34-Tabela 35 - Código		_	-				,		37	-Qtde Solic	38 - Qtde Aut	
!	0.00.090					A DE 2 LEITOS		[DIÁRIAS] 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
				gamentares periféricas crônicas - gamentares periféricas crônicas -						1	 1	
!							_	[CIRURGIÃO]				
!	7.26.190			nentares p				UM ENT A DOR]	<u></u>	1 1	1 1	
! —— ——	7.26.190							IRO AUXILIAR		1		
Lesões ligamentares periféricas crônicas - [PRIMEIRO AUXILIAR 1 1 1 22 3.07.26.190 Lesões ligamentares periféricas crônicas - [SEGUNDO AUXILIAR 1 1 1												
22	7.33.073	Reco	<u>onstruçã</u>	o, retencio	namento o	u reforço do	[ANEST	ESISTA]	L	1	1	
22 _ 3.0	7.33.073		_			u reforço do	[CIRUR	GIÃO]	L	1	1	
22 3.07.33.073 Reconstrução, retencionamento ou reforço do [DESPESAS 1 1 1 1												
22 3.07.33.073 Reconstrução, retencionamento ou reforço do [INSTRUMENTADOR] 1 1 1 22 3.07.33.073 Reconstrução, retencionamento ou reforço do [PRIMEIRO AUXILIAR 1 1 1												
<u> 22 </u> <u> 3.0</u>	7.33.073	Reco	onstruça	o, retencio	namento o	u retorço ao	[PKIIVIE	IRO AUXILIAR		1	1	
Dados da Autorização												
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada												
20/09/2023			1 25									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - No					ome do Hospital / Local Autorizado				44 - Código CNES			
047623010001	03			HOSPITAL	DO CORAC	AO DE LONDR	INA LTDA			2	2758083	
45 - Observação / Justific É necessária Confirm	cativa ação da Inter	nação na d	data efetiva	a da admissão	hospitalar o	do beneficiário.						
46-Data da Solicitação 47-As 20/09/2023			17-Assinatura do Profissional Solicitante				49-Assinatura do Beneficiário Responsável			sinatura do Responsável pela Autorização		

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador 047623010 DE INTERNAÇÃO

	(a											
1 - Registro ANS	3 - Número da		uido pela ()peradora								
41913 - 3	278184	41 5 - Sent						11				
4 - Data da Autorização						6 - Data de Validade da Senha						
28/09/2023		280)546840	0	ı					18/03/2024		
Dados do Beneficiário						9 Volidada da Ca	net also	10.00				
7 - Número da Carteira					8 - Validade da Carteira			9-Ater	9-Atendimento a RN			
0185655180010100						31/01/	2100		N			
50 - Nome Social												
10 - Nome TATIANE APARECIDA DA SILVA 708402251278962												
Dados do contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora	1			13 - Nome do Contratado								
04762301000103	3			HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA								
14 - Nome do Profissiona	l Solicitante			1	15 - Conselho	16 - Número no	Conselho		7	17 - UF 18 - Códiç	go CBO	
GUILHERM E JOSE M		Profissional 30165						PR 225				
Dados do Hospital / Local		idos da Inte	ernação	[20 N I	16 24 18	1000)(n4 n		1	
19 - Código na Operadora				DESTRUCTION CONTRACTOR	CANCEL CONTRACTOR OF THE CANCEL CONTRACTOR OF	cal Solicitado	•	21 - Data s ugerida para internação				
04762301000103						ACAO DE LONDI		-		20/09/2023		
22 - Caráter do Atendime	nto 23-Tipo de	Internação	24 - Regi	me de Internaç	ão 25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Previs	ão de uso de OPME	27 - Prev	isão de uso de quim	nioterápico	
1		2		1		1		S		N		
29-CID 10 Principal (Opcional)	0 - CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 1	0 (3) (Opcion	al) 32 - CII	0 10 (4) (Opcional)	33 -	Indicação de Acide	nte (acident	e ou doença relacio	nada)	
Procedimentos Solicitado	ns	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			J:L							
34-Tabela 35 - Código		nto 36-De	scrição						Ş	37-Qtde Solic 38 -	Otde Aut	
2	7.33.065			utura de ur	n manisco	\ -	[ANES	TESISTA]		. 1	1	
!	7.33.065			utura de ur				RGIÃO]		1 1	1	
	7.33.065			sutura de um menisco -				[DESPESAS			1	
<u> 22 </u>				-				INSTRUMENTADOR] 1 1				
22 3.07.33.065 Reparo ou s				•				RIMEIRO AUXILIAR 1 1				
!	7.31.216					<u>io - tratamento</u>	_	TESISTA]			2	
!	7.31.216					o - tratamento	_	RGIÃO]			2	
<u>22 3.07.31.216 Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [DESPESAS 2 2 2 2 3.07.31.216 Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [INSTRUMENTADOR] 2 1</u>									_ <u></u> _ 1 1			
<u> 22 </u>			io - tratamento io - tratamento	_	MEIRO AUXILIAR 2 2 2							
							[
Dados da Autorização												
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 20/09/2023			Qtde. Diar	ias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 25								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				43 - Nome do Hospital / Local Autorizado						44 - Código CNES		
			HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA					2758083				
04762301000103 45,- Observação / Justificativa										0003		
É necessária Confirmação da Internação na data efetiva da admissão hospitalar do beneficiário.												
46-Data da Solicitação		47-Assinati	ura do Pro	fissional Solic	itante	48-Assinatura de	o Beneficiár	io Responsável	49-Assinatura	do Responsável pela A	utorização	
20/09/2023												