

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 392263451seq001

| 1 - Registro ANS 326305 | - Número da Gui | a Principal | | | | | | | |
|--|--|-----------------|---|--|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| | - Senha 2024002344 | 03 | | 6 - Data de Validade da 5 15/07/2024 | Senha | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 085608918 | | | | 8 - Validade da Carteira / / | | | 9 - Atendimento a RN N | II . | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | |
| 10 - Nome WELLINGTON FERREIRA LOPES | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | |
| 12 - Cédigo na Operadora 13 - Nome do contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do profissional solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA | | | | 15 - Conselho profissional 16 - Número no Conselho 17 - U PR | | | _ | F 18 - Código CBO 225270 | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 52132722 20 - Nome do Hospita HOSPITAL DC | | | | al/Local Solicitado 21 - Data sugerida para in O CORACAO DE LONDRINA 02/05/2024 | | | rnação | | |
| 22 - Caráter do Atendiment 1 | 23 - Tip 2 | o de Internação | 24 - Regime 1 | de Internação 25 - Qtde. Diária: 1 | s Solicitadas 26 – Previsão N | de uso de OPME | 27 – Previsão de us N | o de quimioterápico | |
| 28 - Indicação Clínica SEGUE EM ANEXO O PEDIDO MEDICO | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (Opcional) Z00 30 - CID 10 (2) (Opcional) | | | 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | | ionada) | | | |
| Procedimentos Realizados | | | | | | | | | |
| 34-Tabela 1 - 22 | 35-Código do Procedimento ou Item Assistencial 30733065 | | | 36-Descrição Reparo Ou Sutura De Um Menisco - Procedimento Videoartroscópico De Joelho | | | Oe 1.0 | 38-Qtde Aut 1.0 | |
| 2 - 22 | 30733022 | | | Sinovectomia Parcial Ou Subtotal - Procedimento Videoartroscópico De Joelho | | | 9 1.0 | 1.0 | |
| 3 - | | _ | | | | | _ _ _ | | |
| 4 - | | _ | | | | | _ _ _ | | |
| 5 - | | | | | | | _ | | |
| 6 - | | _ | | | | | _ _ _ | _ _ | |
| 7 - | _ _ _ | _ | | | | | _ _ _ | | |
| 8 - | _ _ _ | _ | | | | | _ _ _ | _ _ | |
| 9 - | _ | _ | | | | | | | |
| 10 - | _ | _ | _ | | | | | | |
| 11 - | | _ | | | | | _ _ _ | | |
| 12 - _ | | _ _ _ _ | | | | | _ _ _ | | |
| Dados da Autorização | | | | | | | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 02/05/2024 | | | | 40 - Qtdc. Diarias Autorizadas 1 Tipo da Acomodaçã 31 | | | odação Autorizada | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 52132722 43 - Nome do Hospital HOSPITAL DO | | | | I / Local Autorizado O CORACAO DE LONDRINA | | 44 - Código CNES 7758391 | | | |
| 45 - Observações / Justificativa | | | | | | | | | |
| Pedido: 392263451 Para evitar problemas no pagamento da conta médica, confirme o atendimento com o token. Lembramos que todo pedido pode passar por análise técnica interna após a autorização. A solicitação de documentos complementares para avaliação pode ser requisitada, podendo impactar na liberação do seu pagamento. MATERIAL AUTORIZADO CUSTO OPERADORA: 1 LAMINA DE SHAVER 1 PONTEIRA DE RF -Fornecedor: Arthrom - PR Em continuidade à Resolução Normativa 305/2012 da ANS, informamos que a partir de 23/08/2014 será implantada a tabela TUSS de codificação para Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação 47 - Assin 24/04/2024 | | | | ofissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário o | u Responsável | 49 - Assinatura do Responsá | - Assinatura do Responsável pela Autorização | |