



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número o	la Guia Atril	buído pela Operadora 89929669									
4 - Data da Autorização	5 - Sen	5 - Senha 6 - Data			6 - Data de V	ta de Validade da Senha						
24/01/2023 09:31			89929669			25/03/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Numero da Carteira	8 - Validade da Carteira			9 - Atendimento de RN								
0050000036488200			10/12/2023			N						
10 - Nome					•		11 - Cartão Na	cional de Saú	de			
THIAGO AUGUSTO PI	INHEIRO C	ASTRO						700801489	108081			
Dados do Contratado Solicitant	te											
12 - Código na Operadora		- 11	13 - Nome do Contratado									
04.762.301/0001-03			HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA									
14 - Nome do Profissional Solicitante			11			15 - Conselho Pr	ofissional	11	do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO	
DANILO CANESIN DA			06				06 24619		41	225270		
Dados do Hospital / Local Solid 19 - Código na Operadora / CN			ão me do Hospital / Local S	Colicitado					21 - Data s	rugorida nat	a Internação	
04.762.301/0001-03	irj	11	PITAL DO CORAC		LONDRINA	ΔΙΤΠΔ			† i	023 00:0	-	
22 - Caráter de Atendimento	OO Tine de	JL										
1	23 - Tipo de 2	-	24 - Regime de inte	maçao	25 - Qide. di	25 - Qtde. diárias Solicitadas 26 - Previsã		ão de uso de OPME 27 - Pi		·		
		•	<u> </u>							N		
28 - Indicação Clínica solicitado novamente pois	a guia 89664	893 irÃ: v	vencer em 2002 e a	cirurgia es	stÃ; agendad	la para o dia 270	0223 solici	to a revalidaÃ	§Ã£o igual d	os proceio	lmentos e materiai	
SRUPTURA DE MANGUIT						,			, J			
					1							
29-CID10 Principal (opcional)	29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				da)							
									9			
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitad	dos										
-	o Procedimento		6 - Descrição		055114511			DIGG DE G			Solic. 38 - Qtde. Aut.	
	1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1						1					
2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 3- 22 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1					1							
3- 22 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO					2							
					1							
6-	1.1.1	^	CEOCOLETAXA E	L AI AI	CELIIO / E	ZOII AMENTO) I AIA /		IIAIAN			
7-		-11 								 	-1	
8-		 								_ 	-, , <u>,,-</u> ,	
9-											<u></u>	
10-							.—. 					
11-	_ _ _	<u>i_i </u>								<u> </u>		
12-	_ _ _	. _								_ _ _	_	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissã	o hospitalar	40 - Qtd	le Diarias Autorizadas	41 - Tipo	de acomodaçã	o autorizada						
			2	1								
42 - Código na Operadora / Ch	NPJ autorizado	43	- Nome do Hospital / Lo	ocal Autoriz	ado						44 - Código CNES	
04.762.301/0001-03		Н	OSPITAL DO CO	RACAO	DE LOND	RINA LTDA					2758083	
45 - Observação												
Telefone Contratado: (43)	3315-2000 /	Emitido P	or: 10815836902 em	24/01/20	023 / Empres	a / Titular: LABN	MED LABO	RATORIO ME	DICO DE L	ONDRINA	LTDA	
46 - Data do Colinitação	1 47 /	\ccipot:	do Profissional Solicitani	to	10 Assis -	tura da Panafiai/-i	ou Posso	sávol 140	Assinatura de	Posporati	rol pola Autoriacaão	
46 - Data da Solicitação	4/ - 4	nosinatura (uu Fionssionai Solicitani	ıe	46 - Assina	tura do Beneficiário	ou kespon	isavei 49 -	Assinatura do	responsa\	rel pela Autorização	
_ _ _ / /	_!!				J [



(Via MÉDICO)



_|/|__|_|/|__|

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89929669 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 24/01/2023 09:31 89929669 25/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000036488200 10/12/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 700801489108081 THIAGO AUGUSTO PINHEIRO CASTRO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **DANILO CANESIN DAL MOLIN** 06 24619 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA** 27/02/2023 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 2 S 1 2 Ν 1 28 - Indicação Clínica solicitado novamente pois a guia 89664893 irÃi vencer em 2002 e a cirurgia estÃi agendada para o dia 270223 solicito a revalidação igual dos proceidmentos e materiai SRUPTURA DE MANGUITO ROTADOR SUPRAESPINHOSO LESAO SLAP BURSITE 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 3- **22** 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 2 1 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA** 2758083 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 10815836902 em 24/01/2023 / Empresa / Titular: LABMED LABORATORIO MEDICO DE LONDRINA LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização







GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guid	ia Atribuído pela Operadora 89929669					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha				
24/01/2023 09	:31	89929669	25/03/202	23			
Dados do Beneficiário 7 - Numero da Carteira		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento d	de RN			
0050000036488200		10/12/2023	N	144 Cortão No			
10 - Nome THIAGO AUGUSTO PI		RO		700801489	cional de Saúde 108081		
Dados do Contratado Solicitant 12 - Código na Operadora	e	13 - Nome do Contratado					
04.762.301/0001-03		HOSPITAL DO CORACAO	DE LONDRINA LTDA				
t e	4 - Nome do Profissional Solicitante A - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 24619 17 - UF 18 - Cód 225270						
Dados do Hospital / Local Solic							
19 - Código na Operadora / CN 04.762.301/0001-03	- 11	- Nome do Hospital / Local Solicitado OSPITAL DO CORACAO DE	LONDRINA LTDA		21 - Data sugerida pata Internação 27/02/2023 00:00		
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Interna	ação 24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de O	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N		
		irá vencer em 2002 e a cirurgia e JPRAESPINHOSO LESAO SLAF		223 solicito a revalidaÃ	§Ã£o igual dos proceidmentos e materiai		
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) ((opcional) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional) 33 -	Indicação de Acidente (acid	dente ou doença relacionada)		
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitados				9		
1- 22 30735033 2- 22 30735041 4-	o Procedimento	RUPTURA DO MANGUIT LESAO LABRAL - PROC	o de acomodação autorizada zado DE LONDRINA LTDA	MENTO VIDEOARTI	ROSCOP 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
46 - Data da Solicitação	47 - Assina	atura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário	ou Responsável 49 -	Assinatura do Responsável pela Autorização		





GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS	3 - Número da	Guia Atribuí	do pela Operadora 89929669								
4 - Data da Autorização 24/01/2023 09	5 - Senha	- Senha 89929669		11	6 - Data de Validade da Senha 25/03/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira	ı	9 - Atendimento	de RN					
0050000036488200			10/12/2023		N						
10 - Nome THIAGO AUGUSTO PI	NHEIRO CA	STRO			11 - Cartão Nacional de Saúde 700801489108081						
Dados do Contratado Solicitant	е										
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
04.762.301/0001-03		HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA									
14 - Nome do Profissional Solid DANILO CANESIN DA					11		16 - Número 24619	do Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local Solic	itado / Dados da	nternação									
19 - Código na Operadora / CN	PJ	20 - Nome	do Hospital / Local Solicitado)				21 - Data s	sugerida pat	a Internação	
04.762.301/0001-03			AL DO CORACAO D					27/02/2023 00:00			
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime de internação 25 - C		- Qtde. diárias Solicitadas 26 - Previsã		são de uso de OPME 27 - Pr		revisão de uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica						L					
	solicitado novamente pois a guia 89664893 irÃ; vencer em 2002 e a cirurgia estÃ; agendada para o dia 270223 solicito a revalidação igual dos proceidmentos e materia sRUPTURA DE MANGUITO ROTADOR SUPRAESPINHOSO LESAO SLAP BURSITE							inenios e material			
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10	2) (opcional	31-CID10(3) (opcional	32-CID10(4) (opcional) 33	- Indicação d	e Acidente (acide	ente ou doenç	ça relaciona	da)	
							9				
Procedimentos ou Itens Assiste	Procedimento Procedimento Procedimento Procedimento	36 - I ACI RUI LES -	Diarias Autorizadas 41 - Ti 2 1 Iome do Hospital / Local Aut SPITAL DO CORACA	po de acomodaç orizado O DE LOND	DR - PROCEDI D VIDEOARTR	MENTO NOSCOPIO	VIDEOARTR CO DE OMB	MBRO OSCOP RO	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1	
	_ _		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		2 22 20110101010					. ,	





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	ı	4 - Senha	a e e e e e e e e e e e e e e e e e e e		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
		89929669			8992966	9 24/01/2023 09:31	89929669
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira		8 - Nome					
0050000036488200		THIAGO AUGUSTO PI	NHEIRO	CASTRO			
Dados do Profissional Solicitan	te						
9 - Nome do profissional solicita	ante			10 - Telefone		11 - E-mail	
DANILO CANESIN DA	L MOLIN						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica solicitado novamente pois solicitado novamente pois	a guia 89664893 irÃ; vencei a guia 89664893 irÃ; vencei	r em 20/02 e a cirurgia está r em 2002 e a cirurgia está	agendada agendada	la para o dia 27/02/23, solicito a revalidação iḍ a para o dia 270223 solicito a revalidação igua	gual dos proced al dos proceidn	dimentos e materiais. RUPTURA DE Manentos e materiaisRUPTURA DE Ma	E MANGUITO ROTADOR + SUPRAESPINHOSO + LES ANGUITO ROTADOR SUPRAESPINHOSO LESAO SL
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do mater		Descrição		22 Patavância de metado do 1-1 tolo		- Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	
•		CODAC EL EVIVEIO ""C	CEDIA	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 71502661	ANG		_	IOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL JU	_ 2	:	
80044680086		ARTHROM COMER					
2- 00 71876561	ANG			ADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A	_ 3	,	
80083650063		ARTHROM COMER					
3- 00 00590045	LAN	WINA PARA SHAVER SI	_		_ 2	,	
80777280006		ARTHROM COMER				I-	_ _ _
4- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF ST	RIPED 9	90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ _ 1 ,
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE	IMPLANTESORT		I ₋	_ _ _ _
5- 00 70917540	CAI	NULA PARA ARTROSC	OPIA SE	ETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM	1	,	_ _ 1 _ _ , _
80777280003		ARTHROM COMER	CIO DE	IMPLANTESORT		I-	_ _ _
6- 00 00596221	GUI	IA FLEXIVEL PASSADO	R SUTU	JRA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	1	,	_ _ 1 <u> , </u>
80743230002		ARTHROM COMER	CIO DE	IMPLANTESORT		<u> </u>	
24 - Especificação do material					· · ·	<u>.</u>	
, ,							
25 - Observações / Justificativa							
		815836902 em 24/01/2023 /	Empresa	a / Titular: LABMED LABORATORIO MEDICO D	E LONDRINA L	_TDA	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		II	28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização	
	1 1			1			
ııı' III' III-	—I——I						