



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95615354**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95615354	
4 - Data da Autorização 27/06/2024 10:00	5 - Senha 95615354	6 - Data de Validade da Senha 26/08/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0050000062795905	8 - Validade da Carteira 11/07/2026	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome HUDSON SOARES		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			
14 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS AUGUSTO SA CARNEIRO		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 29716	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			21 - Data sugerida para Internação 06/07/2024 00:00
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica LESÃO MANGUITO ROTADOR OMBRO ESQUERDO					
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) 9

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- 22	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1	
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1	
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1	
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1	
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA		44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 27/06/2024 / Empresa / Titular: MARIA EDNA ABOU NABHAN				
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95615354	4 - Senha 95615354	5 - Data da Autorização 27/06/2024 10:00	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95615354
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000062795905	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome
HUDSON SOARES

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CARLOS AUGUSTO SA CARNEIRO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica	
LESÃO MANGUITO ROTADOR OMBRO ESQUERDO	
LESÃO MANGUITO ROTADOR OMBRO ESQUERDO	

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	_	3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
2- 00499293		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
3- 00241202		TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80371250020		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
4- 00608459		PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80082910131		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
5- 00712639		GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
6- 76221474		ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 27/06/2024 / Empresa / Titular: MARIA EDNA ABOU NABHAN

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---