



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**90233392**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90233392</b>			
4 - Data da Autorização <b>18/02/2023 09:51</b>		5 - Senha <b>90233392</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>19/04/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000000107266</b>		8 - Validade da Carteira <b>31/05/2024</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>THIAGO BRASIL CANDIDO</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>708703140709998</b>	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>04.762.301/0001-03</b>		13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>DANILO CANESIN DAL MOLIN</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>24619</b>
			17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>04.762.301/0001-03</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>27/02/2023 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica LESAO LABRAL LUXACAO OMBRO DIREOT HILLSACHS COM LESAO LESAO SUPRAESPINHAËL					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>			<b>1 1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735050</b>	<b>LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE</b>			<b>1 1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735041</b>	<b>LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>			<b>1 1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>			<b>2 2</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>			<b>1 1</b>
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar       /       /		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>12</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>04.762.301/0001-03</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</b>			44 - Código CNES <b>2758083</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 10815836902 em 18/02/2023 / Empresa / Titular: LAZARO CANDIDO					
46 - Data da Solicitação       /       /		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



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

2 - N°

**90233392**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90233392</b>	4 - Senha <b>90233392</b>	5 - Data da Autorização <b>18/02/2023 09:51</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90233392</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000000107266</b>	8 - Nome <b>THIAGO BRASIL CANDIDO</b>
---	--

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>DANILO CANESIN DAL MOLIN</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

LESAO LABRAL + LUXACAO OMBRO DIREOT + HILLSACHS COM LESAO, LESAO SUPRAESPINHAÃ†L

LESAO LABRAL LUXACAO OMBRO DIREOT HILLSACHS COM LESAO LESAO SUPRAESPINHAÃ†L

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do material		22 - Referência do material no fabricante				23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 00	71502661	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL JU		5	,	5	,
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		2	,	2	,
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1	,	1	,
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	70917540	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM		1	,	1	,
80777280003		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M		1	,	1	,
80743230002		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
6-					,		,
					,		,

24 - Especificação do material

#### 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 10815836902 em 18/02/2023 / Empresa / Titular: LAZARO CANDIDO

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>		