



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89669546

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89669546			
4 - Data da Autorização 22/12/2022 16:16		5 - Senha 89669546		6 - Data de Validade da Senha 20/02/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000035693560		8 - Validade da Carteira 03/04/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome PEDRO IVO RIBEIRO CORDEIRO				11 - Cartão Nacional de Saúde 706203077306869	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 24619
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 09/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2		24 - Regime de internação 1	
		25 - Qtde. diárias Solicitadas 2		26 - Previsão de uso de OPME S	
				27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica LESAO LABRAL SLAP BANKART LESAO DE SUPRA LUXAÇÃO JOelho RECIDIVA					
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					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP			1 1
2- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO			1 1
3- 22	30735050	LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE			1 1
4- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES			2 2
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar / /		40 - Qtde Diárias Autorizadas 2		41 - Tipo de acomodação autorizada 12	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			44 - Código CNES 2758083
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 10815836902 em 22/12/2022 / Empresa / Titular: BENEDITA GONCALES DE ASSIS RIBEIRO					
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 - Nº

89669546

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89669546	4 - Senha 89669546	5 - Data da Autorização 22/12/2022 16:16	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89669546
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000035693560	8 - Nome PEDRO IVO RIBEIRO CORDEIRO
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
LESAO LABRAL - SLAP + BANKART + LESAO DE SUPRA + LUXAÇÃO RECIDIVA.
LESAO LABRAL SLAP BANKART LESAO DE SUPRA LUXAÇÃO RECIDIVA

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	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
80044680086	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
80777280006	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 00	70917540	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80777280003	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80743230002	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80743230025	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 10815836902 em 22/12/2022 / Empresa / Titular: BENEDITA GONCALES DE ASSIS RIBEIRO

26 - Data da Solicitação

☐☐☐/ ☐☐☐/ ☐☐☐☐

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização