



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94903396**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94903396</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>25/04/2024 11:34</b>	5 - Senha <b>94903396</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>24/06/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000061377239</b>	8 - Validade da Carteira <b>15/01/2026</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>LETICIA MAGALHAES DE AGUIAR</b>
---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>26921</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>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>23/05/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica ligamento cruzado joelho 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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR	1	1
2- 22	30731119	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
4- 22	30731224	TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO	1	1
5- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
6- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
7- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
8- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2550792</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 25/04/2024 /Capa de video incluso em taxa - / Empresa / Titular: INQUIMA LTDA
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>94903396</b>	4 - Senha <b>94903396</b>	5 - Data da Autorização <b>25/04/2024 11:34</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>94903396</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000061377239</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome
LETICIA MAGALHAES DE AGUIAR

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

#### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica PARAFUSOS BIOAB 3 / LAMINA DE SHAVER 1/ CAPA DE VIDEO 1/ EQUIPO DE SORO 4 VIAS 1 / RADIOFREQUENCIA 1 ligamento cruzado joelho ESQUERDO Capa de video incluso em taxa -
--

## OPME Solicitadas

[illegible]

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 25/04/2024 /Capa de video incluso em taxa - / Empresa / Titular: INQUIMA LTDA

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