



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89929669

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89929669
------------------	--

4 - Data da Autorização 24/01/2023 09:31	5 - Senha 89929669	6 - Data de Validade da Senha 25/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000036488200	8 - Validade da Carteira 10/12/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome THIAGO AUGUSTO PINHEIRO CASTRO		11 - Cartão Nacional de Saúde 700801489108081

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 27/02/2023 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 solicitado novamente pois a guia 89664893 irÃ; vencer em 2002 e a cirurgia estÃ; agendada para o dia 270223 solicito a revalidaÃ;Ã;o igual dos procedimentos e material 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					
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- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1	
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	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 1
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 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

2 - Nº Guia Prestador

89929669

(Via MÉDICO)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89929669
------------------	--

4 - Data da Autorização 24/01/2023 09:31	5 - Senha 89929669	6 - Data de Validade da Senha 25/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000036488200	8 - Validade da Carteira 10/12/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome THIAGO AUGUSTO PINHEIRO CASTRO		11 - Cartão Nacional de Saúde 700801489108081

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 27/02/2023 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 solicitado novamente pois a guia 89664893 irÃ; vencer em 2002 e a cirurgia estÃ; agendada para o dia 270223 solicito a revalidaÃ;Ão igual dos procedimentos e material 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

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- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
4-		_____		
5-		_____		
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 1
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 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

2 - Nº Guia Prestador

89929669

(Via ANESTESISTA)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89929669
------------------	--

4 - Data da Autorização 24/01/2023 09:31	5 - Senha 89929669	6 - Data de Validade da Senha 25/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000036488200	8 - Validade da Carteira 10/12/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome THIAGO AUGUSTO PINHEIRO CASTRO		11 - Cartão Nacional de Saúde 700801489108081

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 27/02/2023 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 solicitado novamente pois a guia 89664893 irÃ; vencer em 2002 e a cirurgia estÃ; agendada para o dia 270223 solicito a revalidaÃ;Ão igual dos procedimentos e material 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

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- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
4-		_____		
5-		_____		
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 1	
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 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

2 - Nº Guia Prestador

89929669

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89929669
------------------	--

4 - Data da Autorização 24/01/2023 09:31	5 - Senha 89929669	6 - Data de Validade da Senha 25/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000036488200	8 - Validade da Carteira 10/12/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome THIAGO AUGUSTO PINHEIRO CASTRO		11 - Cartão Nacional de Saúde 700801489108081

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 27/02/2023 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 solicitado novamente pois a guia 89664893 irÃ; vencer em 2002 e a cirurgia estÃ; agendada para o dia 270223 solicito a revalidaÃ;Ão igual dos procedimentos e material 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					
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- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1	
4-		_____			
5-		_____			
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 1	
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 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
---	---	--	---



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

2 - Nº

89929669

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada 89929669	4 - Senha 89929669	5 - Data da Autorização 24/01/2023 09:31	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89929669
------------------	--	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000036488200	8 - Nome THIAGO AUGUSTO PINHEIRO CASTRO
--	--

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
solicitado novamente pois a guia 89664893 irÃ; vencer em 20/02 e a cirurgia estÃ; agendada para o dia 27/02/23, solicito a revalidaÃ§Ã£o igual dos procedimentos e materiais. RUPTURA DE MANGUITO ROTADOR + SUPRAESPINHOSO + LESAO SLAP + BURSITE
solicitado novamente pois a guia 89664893 irÃ; vencer em 2002 e a cirurgia estÃ; agendada para o dia 27/02/23 solicito a revalidaÃ§Ã£o igual dos procedimentos e materiaisRUPTURA DE MANGUITO ROTADOR SUPRAESPINHOSO LESAO SLAP BURSITE

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 80044680086	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912068	ANCORA FLEXIVEL JU		2	,	2	,
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
2- 00 71876561 80083650063	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT		3	,	3	,
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
3- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT		2	,	2	,
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
4- 00 00116700 80743230025	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT		1	,	1	,
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
5- 00 70917540 80777280003	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT		1	,	1	,
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
6- 00 00596221 80743230002	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT		1	,	1	,
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 10815836902 em 24/01/2023 / Empresa / Titular: LABMED LABORATORIO MEDICO DE LONDRINA LTDA

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