



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95593716**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95593716</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>25/06/2024 16:47</b>	5 - Senha <b>95593716</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>24/08/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000030821315</b>	8 - Validade da Carteira <b>31/05/2026</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>EDNA MARIA LOPES</b>
--------------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>19475</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>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>30/06/2024 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>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR</b>
--

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- <b>22</b>	<b>30735033</b>	<b>ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30735084</b>	<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30735092</b>	<b>TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
7- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>

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>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/06/2024 / Empresa / Titular: EDNA MARIA LOPES
---

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>95593716</b>	4 - Senha <b>95593716</b>	5 - Data da Autorização <b>25/06/2024 16:47</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95593716</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000030821315</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>EDNA MARIA LOPES</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		15 - Descrição		16 - Opção		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizada	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante				23 - Nº Autorização de Funcionamento							
1- 00	71502718			ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J		_	3		_ _ _ _ _ _ _ _ _	3		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680086				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
2- 00	00499293			CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		_	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80356130052				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
3- 00	00116700			CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80743230025				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
4- 00	00151360			EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)		_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
10216350077						_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
5-	76221474			ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO		_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
10247700123				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
6-	00241202			TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009		_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80371250020				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/06/2024 / Empresa / Titular: EDNA MARIA LOPES

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>95593716</b>	4 - Senha <b>95593716</b>	5 - Data da Autorização <b>25/06/2024 16:47</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95593716</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000030821315</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>EDNA MARIA LOPES</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	
RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	

OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		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							
7-		00712639		GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000		_		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _									
8-  _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
9-  _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
10-  _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
11-  _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
12-  _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									

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

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/06/2024 / Empresa / Titular: EDNA MARIA LOPES

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