



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90034421

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90034421
------------------	--

4 - Data da Autorização 01/02/2023 17:00	5 - Senha 90034421	6 - Data de Validade da Senha 02/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000002413933	8 - Validade da Carteira 05/10/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome ALVARO ANTONIO DOROSO		11 - Cartão Nacional de Saúde 708608079743783

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 04/02/2023 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 INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
--	--	--	--	--	--

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	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	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 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104

45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: ALVARO ANTONIO DOROSO			
---	--	--	--

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

90034421

(Via MÉDICO)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90034421
------------------	--

4 - Data da Autorização 01/02/2023 17:00	5 - Senha 90034421	6 - Data de Validade da Senha 02/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000002413933	8 - Validade da Carteira 05/10/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome ALVARO ANTONIO DOROSO		11 - Cartão Nacional de Saúde 708608079743783

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 04/02/2023 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 INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
--	--	--	--	--	--

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	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	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 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104

45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: ALVARO ANTONIO DOROSO			
---	--	--	--

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

90034421

(Via ANESTESISTA)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90034421
------------------	--

4 - Data da Autorização 01/02/2023 17:00	5 - Senha 90034421	6 - Data de Validade da Senha 02/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000002413933	8 - Validade da Carteira 05/10/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome ALVARO ANTONIO DOROSO		11 - Cartão Nacional de Saúde 708608079743783

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 04/02/2023 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 INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
--	--	--	--	--	--

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	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	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 10.246.214/0001-04		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104

45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: ALVARO ANTONIO DOROSO			
---	--	--	--

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

90034421

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90034421
------------------	--

4 - Data da Autorização 01/02/2023 17:00	5 - Senha 90034421	6 - Data de Validade da Senha 02/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000002413933	8 - Validade da Carteira 05/10/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome ALVARO ANTONIO DOROSO		11 - Cartão Nacional de Saúde 708608079743783

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 04/02/2023 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 INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
--	--	--	--	--	--

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	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	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 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104

45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: ALVARO ANTONIO DOROSO			
---	--	--	--

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

90034421

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada 90034421	4 - Senha 90034421	5 - Data da Autorização 01/02/2023 17:00	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 90034421
------------------	--	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000002413933	8 - Nome ALVARO ANTONIO DOROSO
--	-----------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
--

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	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL JU		3			
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		2			
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1			
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	70917540	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM		1			
80777280003		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M		1			
80743230002		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: ALVARO ANTONIO DOROSO
--

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