



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95787398**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95787398</b>	
4 - Data da Autorização <b>12/07/2024 11:33</b>	5 - Senha <b>95787398</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>10/09/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>9750000007132657</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>ADEMIR ASSIS HENNING</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>12/07/2024 15:00</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	27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO ROTADO						
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>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
5- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUETA TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</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 12/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA				
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>95787398</b>	4 - Senha <b>95787398</b>	5 - Data da Autorização <b>12/07/2024 11:33</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95787398</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>9750000007132657</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>ADEMIR ASSIS HENNING</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 ROTADO

OPME Solicitadas															
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material		14 - Código do Material		15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante		16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200				_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _				
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _							
2-	101152272	ANCORAS QUATTRO LINK SP - CM-9145SP: ANCORA QUATTRO LINK S				_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _				
80044680491		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _							
3- 00	00712639	GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000				_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _				
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _							
4- 00	00151360	EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)				_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _				
10216350077						_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _							
5-	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J				_	3	_ _ _ _ _ _ _ _ _	3		_ _ _ _ _ _ _ _ _				
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _							
6-	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000				_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _				
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _							

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

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização