



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94312792**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94312792
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 06/03/2024 13:54	5 - Senha 94312792	6 - Data de Validade da Senha 05/05/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001952032	8 - Validade da Carteira 07/05/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome MARIA APARECIDA DE SOUZA CAMPOS

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 15/03/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	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 LESAO DO MANGUITO ROTATOR
--

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) 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- 22	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/03/2024 /Em relação ao material: 01 x cód: 00151360 - EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAM M C) - material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: F THEOPHILO ADVOCACIA EMPRESARIAL

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 Guia no Prestador 94312792

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94312792	4 - Senha 94312792	5 - Data da Autorização 06/03/2024 13:54	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94312792
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001952032	29 - Nome Social MARIA APARECIDA DE SOUZA CAMPOS

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO ROTATOR LESAO DO MANGUITO ROTATOR Em relação ao material: 01 x cód: 00151360 - EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - material pago em conta hospitalar	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00712639		GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000	1	1	
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2- 76221091		ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-55191-PE4 - ANCOR	1	1	
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3- 00 00151360		EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)	1	1	
10216350077					
4- 00 71502718		ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	3	3	
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5- 00 00499293		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	2	2	
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
6- 00 00116700		CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/03/2024 /Em relação ao material: 01 x cód: 00151360 - EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: F THEOPHILO ADVOCACIA EMPRESARIAL	
--	--

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

Em relação ao material: 01 x cód: 00151360 - EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - material pago em conta hospitalar

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização