



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95214072**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95214072
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 22/05/2024 10:40	5 - Senha 95214072	6 - Data de Validade da Senha 21/07/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9759005004856026	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome ANGELA CRISTINA RODRIGUES QUEIROZ

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 29/05/2024 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 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
--

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	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	2	2
6- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2
7- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
8- 	 	 	 	
9- 	 	 	 	
10- 	 	 	 	
11- 	 	 	 	
12- 	 	 	 	

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

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 22/05/2024 / 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
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 95214072

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95214072	4 - Senha 95214072	5 - Data da Autorização 22/05/2024 10:40	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95214072
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9759005004856026	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
ANGELA CRISTINA RODRIGUES QUEIROZ

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

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- 80371250020	00241202	TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009	1	1		1	
2- 80044680491	101152272	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
3- 10216350077	00151360	ANCORAS QUATTRO LINK SP - CM-9145SP: ANCORA QUATTRO LINK S	1	1		1	
4- 80356130052	00499293	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2	2		2	
5- 80044680086	71502718	EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)	3	3		3	
6- 80743230025	00116700	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	1	1		1	
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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

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