

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

34458970

1 - Registro ANS 3 - Nú	mero da Guia	Atribuído pela C	peradora									
31292 - 4	4458970											
4 - Data da Autorização	5	- Senha	1				6 - Data	6 - Data de Validade da Senha				
06/02/2023						09/08/2023						
Dados do Beneficiário		344589706						33/33/2023				
7 - Número da Carteira					8 - Validade da Ca	arteira	9-Ate	ndimento a RN	1			
0100255020401418				06/08/2025				N				
				J	00/00/							
10 - Nome	MCHES					Cartão Nacional o						
CARLOS CESAR SANCHES 707406040023978												
Dados do contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora				me do Contratado								
10246214000104	10246214000104 UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP											
14 - Nome do Profissional Solici	tante		15	15 - Conselho 16 - Número no Conselho 17 - UF								
			c	Profissiona RM	•			2252	70			
Dados do Hospital / Local Solici	tado / Dados d	la Internação										
19 - Código na Operadora / CNP	J		20 - Nome do H	los pital/Loca	l Solicitado			21 - Data sugerida para internação				
10246214000104			UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA				A EPP		06/02/2023			
22 - Caráter do Atendimento 23	Tipo de Interr	ação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Otde D	iárias Solicitadas	26 - Previsi	io de uso de OPM	E 27 - Previsão	de uso de quim	ioteránico		
1 - Eletivo			lospitalar									
1 - Lieuvo			ТОЭРПАТАТ		0		S		N			
29-CID 10 Principal 30 - CID	10 (2) (Opcio	nal) 31 - CID 1	0 (3) (Opcional)	32 - CID	10 (4) (Opcional)	33 - 1	ndicação de Acid	ente (acidente ou	u doença relacion	ıada)		
(Opcional)				9 -				- Não Acidente				
Procedimentos Solicitados												
34-Tabela 35 - Código do Pro	ocedimento 3	6-Descrição						37.0	Otde Solic 38 - C	otde Aut		
22 3.07.35.0		Acromioplas	tia - procedi	mento		ΓΔηρεί	tesista]		1			
22 3.07.35.0		Acromiopias Acromiopias	•			[Cirur	-	L		<u>. </u>		
<u> </u>							esas Hospitala	ares]		<u>. </u>		
22 3.07.35.0	033	Acrom ioplas	tia - procedi	procedimento [1º Au				auxiliar Cirúrgico] 1 1				
<u> 18</u> <u>6.00.00.</u>	<u>851</u> _	<u>DIÁRIA DE AI</u>	PARTAMENTO	O STANDA	RD	[Diária	s]		2	<u>2</u>		
22 3.07.35.0		Ressecção la		-		_	tesista]		_1	1		
[22] [3.07.35.084] Ressecção lateral da clavícula - procedimento [Cirurgião] [1] [1]												
22 3.07.35.084 Ressecção lateral da clavícula - procedimento [Despesas Hospitalares] 1 1												
!	22 3.07.35.084 Ressecção lateral da clavícula - procedimento [1º Auxiliar Cirúrgico] 1 1											
								<u>1</u> 1				
						anguito rotador - procedimento [Despesas Ho						
			•	•		•						
Dados da Autorização												
39 - Data Provável da Admissão	o Hospitalar	40 - Qtde. Diari	as Autorizadas	41 - Tipo d	a Acomodação Au	utorizada]					
	2	2										
42 - Código na Operadora / CN	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
10246214000104	UNIORT E- 0	ORTOPEDIA	A ESPECIALIZA	ADA LTDA	EPP		6528	104				
45 - Observação / Justificativa												
Favorável ao Orç. nº1 R\$ 9												
âminas de shaver (1 óssea e 1 sinovial) R\$ 480,00 cada, 1x Ponteira de radiofrequência / ablação R\$ 1.680,001x Cânula artroscopia R\$ 240,00, 1x - 3.0 7.35.084 Ressecção lateral da clavícula, 1x- 3.07.35.068 Ruptura do manguito rotador, 1x - 3.07.35.033 Acromioplastia - procedimento videoartroscópic												
o de ombro.	,		•						•			
46-Data da Solicitação	47-As	sinatura do Prof	issional Solicita	nte	48-Assinatura do	o Beneficiári	o Responsável	49-Assinatura do F	Responsável pela Au	torização		
06/02/2023					1			1				



GUIA DE SOLICITAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

34458970

1 - Registro ANS 31292 - 4	3 - Número da 344589		buído pela (Operadora									
1 - Data da Autorização 5 - Senha								6 - Dat	a de Validad	le da Senl	ha	Ī	
06/02/2023 344589706									09/08/2023				
Dados do Beneficiário						_						.	
7 - Número da Carteira						8 - Validade da Ca	arteira	9-Ate	endimento a	RN			
0100255020401418					06/08/2025				N				
10 - Nome CARLOS CESAR SANCHES						11 - Cartão Nacional de Saúr 70740604002							
Dados do contratado Solicitante													
3					13 - Nome do Contratado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP								
10246214000104				UNIORI	E - ORTOPE	DIA ESPECIALIA	ZADA LIL	DA EPP					
14 - Nome do Profissional Solicitante					15 - Conselho Profissional CRM						17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local		idos da In	ternação										
19 - Código na Operadora				20 - Nome d	21 - Data sugerida para internação								
10246214000104			15			DIA ESPECIALIZ	00,02,2020						
	2 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Reg				ão 25 - Qtde.					ME 27 - Previsão de uso de quimioterápio			
1 - Eletivo	2 - Cir	urgica	1-1	Hospitalar		0]	S			N		
29-CID 10 Principal 30	- CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 1	10 (3) (Opcion	al) 32 - C li	D 10 (4) (Opcional)	33 -	Indicação de Acid	ente (acider	nte ou doe	ença relacio	nada)	
(Opcional)								9 - Não Acidente					
Procedimentos Solicitado:													
34-Tabela 35 - Código										37-Qtde	Solic 38 - C	ttde Aut	
3.0	7.35.068	<u>Ru</u> p	<u>otura do i</u>	manguito r	otador - pr	ocedimento	[1º Au	xiliar Cirúrgico	<u> </u>	1_		1	
:													
!													
!													
										į			
Dados da Autorização	. ~							7					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Dia				_	ıs 41 - Tipo								
42. Código no Oporado a / CND Lautaria da				2					M. Cádigo CNES				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10246214000104				43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP						44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justific									104				
Favorável ao Orç. nºl R\$ 9.980,00, 3x Cânulas âncora R\$ 1.950,00cada, 1x Agulha de sutura R\$ 700,00, 1X Equipo para bomba de infusão R\$ 550,00, 2x L âminas de shaver (1 óssea e 1 sinovial) R\$ 480,00 cada, 1x Ponteira de radiofrequência / ablação R\$ 1.680,001x Cânula artroscopia R\$ 240,00, 1x - 3.0 7.35.084 Ressecção lateral da clavícula, 1x- 3.07.35.068 Ruptura do manguito rotador, 1x - 3.07.35.033 Acromioplastia - procedimento videoartroscópic o de ombro.													
46-Data da Solicitação		47-∆ssina	tura do Pro	fissional Solic	itante	48-Assinatura de	o Beneficiár	io Responsável	49-Assinatur	a do Respo	nsável pela Au	ıtorização	
06/02/2023		,	40 1 10										