



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

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

4 - Data de Autorização	
5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha	

7 - Número da Carteira	0005000043696328
8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN	

10 - Nome	WANDERLI FERREIRA NA/AFARO GOMES
11 - Cartão Nacional de Saúde	

12 - Código na Operadora	01019896
13 - Nome do Contratado	FERNANDO TAKAO CINAGA/VA
14 - Nome do Profissional Solicitante	FERNANDO TAKAO CINAGA/VA
15 - Conselho Profissional	19896
16 - Número no Conselho	19896
17 - UF	PR
18 - Código CBO	225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ	01019896
20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	

21 - Data sugerida para internação	10/04/2023
22 - Caracter do atendimento	2
23 - Tipo de Internação	1
24 - Regime de Internação	1
25 - Cide, Diárias Solicitadas	S
26 - Previsão de uso de OPM	N
27 - Previsão de uso de quimioterápico	N

28 - Indicação Clínica	RM ombro direito - Rotura completa do suprasspinhal e fibras anteriores do infraespinhal, com retração medial dos cotos tendíneos. - Tendinopatia difusa da cabeça longa do biceps, com distensão líquida de sua bainha sinovial extracapsular. - Rotura degenerativa na porção anterior superior do lábio da glenóide. - Derrame articular glenoumeral com distensão do recesso subescapular. - Artropatia degenerativa acromioclavicular com hipertrofia e edema cápsulo-ligamentar.	
------------------------	--	--

29 - CID 10 Principal	M751
30 - CID 10 (2)	0
31 - CID 10 (3)	0
32 - CID 10 (4)	0
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	9

Procedimentos Solicitados	
34 - Tabela	22
35 - Código do Procedimento	30735068
36 - Descrição	Ruptura do manguito rotador - procedimento
37 - Cide, Solic	1
38 - Cide, Aut	1

39 - Data Prevista da Admissão Hospitalar	0
40 - Cide, Diárias Autorizadas	0
41 - Tipo de Acomodação Autorizada	0

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	0
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES	99999999

45 - Observação / Justificativa	3 ancores jünger knot 2 lamíneas de shaver 1 radiofrequência bipolar 1 guia flexível para sutura do MR	
---------------------------------	--	--

46 - Data de Solicitação	10/04/2023
47 - Assinatura do Profissional Solicitante	Dr. Fernando T. Cinaga
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

50 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

51 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

52 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

53 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

54 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

55 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

57 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

62 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
---	--