



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94642868**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94642868</b>	
4 - Data da Autorização <b>04/04/2024 09:32</b>	5 - Senha <b>94642868</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>03/06/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000004829894</b>	8 - Validade da Carteira <b>28/09/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>SYDNEI DIAS DOS SANTOS</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>10/04/2024 00:00</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 <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>	
28 - Indicação Clínica <b>LESAO DO AMNGUITO ROTATOR</b>						
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>22</b>	<b>30735092</b>	<b>TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
5- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	
6- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	
7- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
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>1</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 04/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR							
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>94642868</b>	4 - Senha <b>94642868</b>	5 - Data da Autorização <b>04/04/2024 09:32</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>94642868</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000004829894</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	SYDNEI DIAS DOS SANTOS
----------	------------------------

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	
LESAO DO AMNGUITO ROTATOR	
LESAO DO AMNGUITO ROTATOR	

[illegible]

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

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Referenciada <b>94642868</b>		4 - Senha <b>94642868</b>		5 - Data da Autorização <b>04/04/2024 09:32</b>		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>94642868</b>							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira <b>0050000004829894</b>				29 - Nome Social											
8 - Nome <b>SYDNEI DIAS DOS SANTOS</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 LESAO DO AMNGUITO ROTATOR LESAO DO AMNGUITO ROTATOR															
OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		15 - Descrição		16 - Opção		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento									
7- <b>76221474</b>				<b>ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO</b>		<b>1</b>				<b>1</b>					
<b>10247700123</b>				<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>											
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									