



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 93790059
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93790059
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 18/01/2024 17:23	5 - Senha 93790059	6 - Data de Validade da Senha 26/03/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1810000002911058	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome HARUKA KOGA NAKAMURA
--

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 24/01/2024 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 INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
--

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	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 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 18/01/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30 735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO - pois extrapolam os 3 codigos intra articulares previstos nas INSTRUÇÕES GERAIS do ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED. Nas cirurgias videoartroscopicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra-articulares poderao ser associados para conclusao do ato operatorio ate um limite de tres por articulacao. Estas associacoes estaraao suj

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93790059	4 - Senha 93790059	5 - Data da Autorização 18/01/2024 17:23	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93790059
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1810000002911058	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

HARUKA KOGA NAKAMURA

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

FAVOR LIBERAR CONFORME PEDIDO EM ANEXO

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO - pois extrapolam os 3 codigos intra articulares previstos nas INSTRUcoes GERAIS do ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED.Nas cirurgias videoartroscopicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra-articulares poderao ser associados para conclusao do ato operatorio ate um limite de tres por articulacao. Estas associacoes estarao sujeitas as Instrucoes Gerais da CBHPM.

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- 80356130057	00611387	GANCHO COMPRESSAO SUTURA SCP 741960000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- 00 81841289001	00934631	EQUIPO IRRIGACAO BOMBA INFUSAO VIA PUMP LV/10K VM-04-01-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 00 80743230025	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 00 80777280101	75788993	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 165 11 70 85 CANULA CO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- 80044680086	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
6- 80356130052	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/01/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO - pois extrapolam os 3 codigos intra articulares previstos nas INSTRUcoes GERAIS do ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED.Nas cirurgias videoartroscopicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra-articulares poderao ser associados para conclusao do ato operatorio ate um limite de tres por articulacao. Estas associacoes estarao sujeitas as Instrucoes Gerais da CBHPM. / Empresa / Titular: UNIMED NOROESTE DO PARANA

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