

90021727

(Via HOSPITAL)



46 - Data da Solicitação

_|/|__|_|/|__|

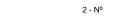
47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90021727 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 01/02/2023 08:06 90021727 02/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000014850675 29/06/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 705403405553190 **WAGNER ROBERTO DE OLIVEIRA** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **MARCO MAKOTO INAGAKI** 06 28767 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 10/02/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica SÃ-ndrome do tÃonel do carpo 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30737028 SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS 1 2- 22 30737079 TUNEL DO CARPO - DESCOMPRESSAO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



90021727



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

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada	90021727	4 - Senha	90021727	5 - Data da Autorização 01/02/2023 08:06	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 90021727
Dados do Beneficiário		***************************************		***************************************	0.1/02/2020 00:00	
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000014850675 WAGNER ROBERTO DE OLIV			DE OLIVEIRA			
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	- E-mail	
MARCO MAKOTO INAGAKI						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM SÃ-NDROME COMPRESSIVA DO NERVO MEDIANO NO TúNEL DO CARPO EM PUNHO ESQUERDO NECESSITA DE TRATAMENTO POR VIDEOARTROSCOPIA SÃ-ndrome do túnel do carpo						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ite 21 - Registro ANVISA do materia		Descrição	22 - Referência do	16 - Opção 17 - C material no fabricante	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 3 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SE		1 1	1 1 1 1 1	
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
2- 00 00116700	CAI		RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90	200 1 1	 	
80743230025	3 7		CIO DE IMPLANTESORT	, . 		
3-	11111					
			1 1 1 1			
4-			<u></u>			
			1 1 1 1			
5-			ı—,—,—,—			
6-						
			_ _ _			
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitante		28 - Assinatura do F	Responsável pela Autorização	
	·1] [