

89858559

(Via HOSPITAL)



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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89858559 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 17/01/2023 14:20 89858559 18/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000052025139 31/07/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde KARLA REGINA CABRAL 704807023932941 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 18 - Código CBO 17 - UF JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO 06 28617 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 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 03/02/2023 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação S 2 1 Ν 1 1 28 - Indicação Clínica ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO COM LESAO DE MENISCO LCA 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 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 2- **22** 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENT 1 3- **22** 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 4- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 2 2 5- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 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 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: SANDOZ DO BRASIL INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89858559



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		89858559		89858559	17/01/2023 14:20	89858559
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000052025139 KARLA REGINA CABRAL						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	1 - E-mail	
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO COM LESAO DE MENISCO + LCA ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO COM LESAO DE MENISCO LCA						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi		,	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	1	,	1
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT	الللللل	i i i i i	
2- 00 00116700	CA	NETA ABLACAO RF ST	RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	i i 1	1 1 1 1 1	
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT	,, 		
3- 00 00597007	PAI		CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE			
80044680085			CIO DE IMPLANTESORT		 	
4- 00 78898676	DIS		CAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO DE			3
80044680449	Dio		CIO DE IMPLANTESORT	- 11	 	
5- 00 70627657	DI A		RA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC	 : 1		
10208610040	1 4			,		'
6- _		<u> </u>		-		
	_	<u> </u>			·	
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: SANDOZ DO BRASIL INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA						
Telefonie Contratado. (45)5572-0900 / Ethilido Pot. 042 10000905 eth 17/01/2025 / Ethiptesa / Titular: SAINDOZ DO BRASIL INDOSTRIA PARIMACEUTICA LTDA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante	TI T	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
_ _ / _ _ / _ _					•	
/ / /	_!!					