

89655479

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89655479 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 21/12/2022 11:24 89655479 19/02/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000003772759 10/10/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **MATHEUS VAZ ROMERO** 704804061213547 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 **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 06 17905 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 22/12/2022 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação 2 S 1 1 Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO 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 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 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 21/12/2022 / Empresa / Titular: MARIA HELENA VAZ ROMERO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização







ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº 89655479 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	3	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora	
343269		89655479		89655479	21/12/2022 11:24	89655	5479
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira		8 - Nome					
0050000003772759		MATHEUS VAZ ROME	RO				
Dados do Profissional Solicitant	e						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM INDICAÇAO CLINICA EM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ito	om 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - O	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autori	rizado
21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência do material no fab			23 - Nº Autorização de Funcionamento	izauo
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	1		1	1.1
80777280006		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT	, 	I—I—I—I		- <u> </u>
2- 00 70627657	DI A		RA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC		 		I
10208610040	1 4		RCIO DE IMPLANTESORT	' '			-11
	DAI			_ _ _	- 		,l
3- 00 00597007	PAI		CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	¹		_ _	-
80044680085		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	_ _ .		_ _ _	
4- _	_			ll	_ _	_ _	_
	_		<u> _ _ _ _ _ _</u>	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ 	ıl
5- _	_				_ _ _ ,	_ _	_
	_			_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ 	
6- _	_ _ _ _				_ _ _ ,	_ _ _ ,_	_
	_			_ _ _ _	_ _ _ _		<u> </u>
24 - Especificação do material							
25 - Observações / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 21/12/2022 / Empresa / Titular: MARIA HELENA VAZ ROMERO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização		
////							