



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 95523368
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95523368
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 19/06/2024 14:54	5 - Senha 95523368	6 - Data de Validade da Senha 18/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000057745172	8 - Validade da Carteira 25/11/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome IZADORA CAZARIN DE SOUZA
--

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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	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 08/07/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica DOR INSTABILIDADE ANTERIOR JOELHO DIREITO SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO
--

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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733030	CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO	1	1
3- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
4- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

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 19/06/2024 / Empresa / Titular: IZADORA C DE SOUZA COMERCIO DE CALCADOS LTDA

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 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 95523368

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95523368	4 - Senha 95523368	5 - Data da Autorização 19/06/2024 14:54	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95523368
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000057745172	29 - Nome Social
8 - Nome IZADORA CAZARIN DE SOUZA	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica DOR + INSTABILIDADE ANTERIOR JOELHO DIREITO, SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO. DOR INSTABILIDADE ANTERIOR JOELHO DIREITO SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_	1	_
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
2- 00	70627657	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_	1	_
10208610040		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
3- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_	1	_
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
4- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_	1	_
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
5- 00	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_	2	_
80044680449		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
6- _	_		_	_	_
_	_		_	_	_

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2024 / Empresa / Titular: IZADORA C DE SOUZA COMERCIO DE CALCADOS LTDA	
---	--

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