



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90341879

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90341879			
4 - Data da Autorização 02/03/2023 10:19		5 - Senha 90341879		6 - Data de Validade da Senha 01/05/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000043617576		8 - Validade da Carteira 20/06/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome ALISSON TEIXEIRA BATISTA				11 - Cartão Nacional de Saúde 702502790990340	
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 MARCO MAKOTO INAGAKI			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28767
			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 17/03/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2		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 TENDINITE AQUILEANA					
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					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30731119	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO		1	1
2- 22	30734045	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E OU PLASTIA (E		1	1
3- 22	30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO		1	1
4- 22	30731089	TENODESE		1	1
5- 22	30734053	RECONSTRUÇÃO, RETENCIÓNAMENTO OU REFORÇO DE LIGAMENTO - PR		1	1
6- 18	60000805	DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO		1	1
7- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR		1	1
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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 02/03/2023 / Empresa / Titular: ESCRITORIO NOBRE CONSULTORIA EMPRESARIAL 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 - N°

90341879

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90341879	4 - Senha 90341879	5 - Data da Autorização 02/03/2023 10:19	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 90341879
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira	8 - Nome
00500000043617576	ALISSON TEIXEIRA BATISTA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MARCO MAKOTO INAGAKI	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PACIENTE COM QUADRO DE LESÃO LIGAMENTAR COM INSTABILIDADE ARTICULAR CRÔNICA DE TORNOZELO ESQUERDO ASSOCIADA A TENDINOPATIA SEVERA DE TENDÃO CALCÂNEO, NECESSITA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
TENDINITE AQUILEANA

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do material		22 - Referência do material no fabricante			23 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 00	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN		2	,	2	,
80083650087		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	76221229	ANCORA EM PEEK COM INSERSON - GMREIS - 320-35085-SA - ANCORA		4	,	4	,
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00608459	PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIAD		1	,	1	,
80082910131		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	00162477	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000		2	,	2	,
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5-					,		,
					,		
6-					,		,
					,		

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 02/03/2023 / Empresa / Titular: ESCRITORIO NOBRE CONSULTORIA EMPRESARIAL LTDA

<p>26 - Data da Solicitação</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>			<p>27 - Assinatura do Profissional Solicitante</p>	<p>28 - Assinatura do Responsável pela Autorização</p>
--	--	--	--	--