



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89593496**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89593496</b>			
4 - Data da Autorização <b>14/12/2022 17:40</b>		5 - Senha <b>89593496</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>12/02/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000035885303</b>		8 - Validade da Carteira <b>20/06/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>MEIRE ORLANDO SERAPIAO</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>701805246858176</b>	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>		13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>17905</b>
			17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>27/12/2022 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica DOR INCAPACIDADE FUNCIONAL JOELHO ESQUERDO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO LESAO DO MENISCO CARTILAGEM					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)	
				32-CID10(4) (opcional)	
				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30733065</b>	<b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>			<b>1 1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>			<b>1 1</b>
3- <b>98</b>	<b>08011081</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF</b>			<b>1 1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>			<b>1 1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>			<b>1 1</b>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04163076980 em 14/12/2022 / Empresa / Titular: MONTE SINAI EQUIPAMENTOS PARA ESCRITORIO LTDA					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		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

89593496

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89593496</b>	4 - Senha <b>89593496</b>	5 - Data da Autorização <b>14/12/2022 17:40</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89593496</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000035885303</b>	8 - Nome <b>MEIRE ORLANDO SERAPIAO</b>
---	---

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
DOR + INCAPACIDADE FUNCIONAL JOELHO ESQUERDO SEM MELHORA COM TRAT. CLINICO. LESAO DO MENISCO + CARTILAGEM  
DOR INCAPACIDADE FUNCIONAL JOELHO ESQUERDO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO LESAO DO MENISCO CARTILAGEM

## 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	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1		1	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

## 24 - Especificação do material

## 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04163076980 em 14/12/2022 / Empresa / Titular: MONTE SINAI EQUIPAMENTOS PARA ESCRITORIO LTDA

## 26 - Data da Solicitação

14/12/2022

## 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

## 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização