



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**90021727**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90021727</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>01/02/2023 08:06</b>	5 - Senha <b>90021727</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/04/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000014850675</b>	8 - Validade da Carteira <b>29/06/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

10 - Nome <b>WAGNER ROBERTO DE OLIVEIRA</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde <b>705403405553190</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>MARCO MAKOTO INAGAKI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28767</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>10/02/2023 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  
SÃ-ndrome do tÃ-nel do carpo

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>30737028</b>	<b>SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30737079</b>	<b>TUNEL DO CARPO - DESCOMPRESSAO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5-		_____		
6-		_____		
7-		_____		
8-		_____		
9-		_____		
10-		_____		
11-		_____		
12-		_____		

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar       /       /	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: 04261365944 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL

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

90021727

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90021727</b>	4 - Senha <b>90021727</b>	5 - Data da Autorização <b>01/02/2023 08:06</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90021727</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000014850675</b>	8 - Nome <b>WAGNER ROBERTO DE OLIVEIRA</b>
---	---

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MARCO MAKOTO INAGAKI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica PACIENTE COM SÃ-NDROME COMPRESSIVA DO NERVO MEDIANO NO TÃ°NEL DO CARPO EM PUNHO ESQUERDO NECESSITA DE TRATAMENTO POR VIDEOARTROSCOPIA SÃ-ndrome do tã°nel do carpo
---

## 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: 04261365944 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL
--

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