



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89861618

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89861618			
4 - Data da Autorização 17/01/2023 16:10		5 - Senha 89861618		6 - Data de Validade da Senha 18/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000006146921		8 - Validade da Carteira 17/09/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome WELINGTON CEZAR MARQUES DE ANDRADE				11 - Cartão Nacional de Saúde 700501774515857	
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 RIBEIRA PROVENZA			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28281
			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 26/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 2		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 M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO					
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	
1- 22		30733065		REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	
2- 22		30733014		SINOECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOEL	
3- 18		60000805		DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	
4- 18		60024151		ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	
5-					
6-					
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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA					
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°

89861618

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89861618	4 - Senha 89861618	5 - Data da Autorização 17/01/2023 16:10	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 89861618
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira	8 - Nome
0050000006146921	WELINGTON CEZAR MARQUES DE ANDRADE

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

PACIENTE SOFREU ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO EM ATIVIDADE FISICA E EVOLUI COM ROTURA DO MENISCO MEDIAL ASSOCIADO A LIQUIDO SINOVIAL. DOR INTENSA E BLOQUEIO ARTICULAR. INDICO TRATAMENTO CIRURGICO POR M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO	
---	--

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do material	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
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- 00	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO DE	2		2	
80044680449		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				
4-						
5-						
6-						

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA

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