



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94015044**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94015044	
4 - Data da Autorização 08/02/2024 09:26	5 - Senha 94015044	6 - Data de Validade da Senha 08/04/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0050000007393450	8 - Validade da Carteira 31/05/2025	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome MARIA NEIDE GREGHI VERONEZ		

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 22/02/2024 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 N	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica videartroscopia de joelho direito					
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	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1	
3- 22	30733014	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOEL	1	1	
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1	
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1	
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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 / Empresa / Titular: MARIA NEIDE GREGHI VERONEZ				
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 94015044

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94015044	4 - Senha 94015044	5 - Data da Autorização 08/02/2024 09:26	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94015044
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000007393450	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
MARIA NEIDE GREGHI VERONEZ

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PACIENTE COM DOR EM JOELHO DIREITO, COMPIORA PROGRESSIVA, EVOLUIU COM ROTURA DE MENISCO MEDIAL/NEUROMA ARBORESCENTE, LESÃO OESTEOCONDRA E SINOVECTOMIA .
videartroscopia de joelho direito

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	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					
1- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		1		1	
	80356130052	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1	
	80743230025	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 / Empresa / Titular: MARIA NEIDE GREGHI VERONEZ

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