



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89915260

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89915260			
4 - Data da Autorização 23/01/2023 09:56		5 - Senha 89915260		6 - Data de Validade da Senha 24/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000009812000		8 - Validade da Carteira 01/06/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome LEONILDE FAVORETO DE MELLO				11 - Cartão Nacional de Saúde 707602245445399	
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 03/02/2023 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 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) 9					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- 22	30737028	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS	1	1	
2- 22	30737079	TUNEL DO CARPO - DESCOMPRESSAO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1	
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1	
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1	
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: 04261365944 em 23/01/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES 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 - Nº

89915260

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89915260	4 - Senha 89915260	5 - Data da Autorização 23/01/2023 09:56	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89915260
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000009812000	8 - Nome LEONILDE FAVORETO DE MELLO
---	---

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 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 23/01/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DE LONDRINA
--

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