



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89510012

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89510012</b>			
4 - Data da Autorização <b>07/12/2022 09:31</b>		5 - Senha <b>89510012</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>05/02/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000032615399</b>		8 - Validade da Carteira <b>31/05/2024</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>SONIA APARECIDA BACHEGA DE ANDRADE</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>706307707075278</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>23/12/2022 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 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 1- <b>22</b> 2- <b>18</b> 3- <b>18</b> 4- <input type="checkbox"/> 5- <input type="checkbox"/> 6- <input type="checkbox"/> 7- <input type="checkbox"/> 8- <input type="checkbox"/> 9- <input type="checkbox"/> 10- <input type="checkbox"/> 11- <input type="checkbox"/> 12- <input type="checkbox"/>	35 - Código do Procedimento <b>30737079</b> <b>60000805</b> <b>60024151</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	36 - Descrição <b>TUNEL DO CARPO - DESCOMPRESSAO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b> <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> <b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37 - Qtde. Solic. <b>1</b> <b>1</b> <b>1</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	38 - Qtde. Aut. <b>1</b> <b>1</b> <b>1</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		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 07/12/2022 / Empresa / Titular: SONIA APARECIDA BACHEGA DE ANDRADE					
46 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		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

89510012

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89510012</b>	4 - Senha <b>89510012</b>	5 - Data da Autorização <b>07/12/2022 09:31</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89510012</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000032615399</b>	8 - Nome <b>SONIA APARECIDA BACHEGA DE ANDRADE</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 DIREITO 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- <b>00</b>	<b>00590045</b>	<b>LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
<b>80777280006</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>					
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 07/12/2022 / Empresa / Titular: SONIA APARECIDA BACHEGA DE ANDRADE
---

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