



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90037983

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90037983
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 02/02/2023 08:30	5 - Senha 90037983	6 - Data de Validade da Senha 03/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000013533609	8 - Validade da Carteira 29/06/2024	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome MARIA ROSA FRANCISCO BEDETE		11 - Cartão Nacional de Saúde 704308528674996

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 17/02/2022 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
Ruptura atual da cartilagem da articulação do joelho

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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733022	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS	1	1
3- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	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
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 02/02/2023 / 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

90037983

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90037983	4 - Senha 90037983	5 - Data da Autorização 02/02/2023 08:30	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90037983
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000013533609	8 - Nome MARIA ROSA FRANCISCO BEDETE
---	--

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 QUADRO DE ARTROPATIA FEMOROPATELAR DE JOELHO DIREITO, ALÉM DE QUADRO INFLAMATÓRIO PERITENDÃO PATELAR, NECESSITA TRATAMENTO POR VIDEOARTROSCOPIA Ruptura atual da cartilagem da articulação do joelho
--

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		2			
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1			
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO DE		1			
80044680449		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 02/02/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL
--

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