



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89801596

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89801596				
4 - Data da Autorização 11/01/2023 16:00		5 - Senha 89801596		6 - Data de Validade da Senha 12/03/2023		
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 0050000013899891		8 - Validade da Carteira 31/05/2024		9 - Atendimento de RN N		
10 - Nome RODRIGO MARIANO DE ALMEIDA				11 - Cartão Nacional de Saúde 700107420126120		
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 19/01/2023 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			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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 11/01/2023 / Empresa / Titular: ANGELUS INDUSTRIA DE PRODUTOS ODONTOLOGICOS SA						
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°

89801596

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89801596	4 - Senha 89801596	5 - Data da Autorização 11/01/2023 16:00	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 89801596
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000013899891	8 - Nome RODRIGO MARIANO DE ALMEIDA
---	---

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 DIREITO E EVOLUI COM ROTURA EM ALÇA DE BALDE DO MENISCO LATERAL, ASSOCIADO A OSTEOCONDROPLASTIA. DOR INTENSA, LIMITAÇÃO FUNCIONAL. INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO

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		ARTROFIX COM DE MATERIAIS CIRURGICO					
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		3		3	
80044680449		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 11/01/2023 / Empresa / Titular: ANGELUS INDUSTRIA DE PRODUTOS ODONTOLOGICOS SA

<p>26 - Data da Solicitação</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>			<p>27 - Assinatura do Profissional Solicitante</p>	<p>28 - Assinatura do Responsável pela Autorização</p>
--	--	--	--	--