

90333907

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90333907 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 01/03/2023 16:00 90333907 30/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000059589275 15/10/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 706408636377889 **VINICIOS ALEIXO DE FARIA** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA 06 28281 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 23/03/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica M235 RECONSTRUÇÃfO DE LCA 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 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 2- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 3- **98** 08011046 PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 01/03/2023 /**EQUIPO SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA ***** / Empresa / Tit ular: NUTRASAFE ALIMENTOS FUNCIONAIS LTDA ME 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



90333907



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		90333907		90333907	01/03/2023 16:00	90333907
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000059589275 VINICIOS ALEIXO DE FARIA						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	- E-mail	
ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica PACIENTE SOFREU ENTORSE DE JOELHO ESQUERDOHÕ UM MÊS EVOLUI COM FALSEIOS DE REPETIÇÃfO, DOR INTENSA,ROTURA DO LIGAMNETO CRUZADO ANTERIOS. INDICO TRATAMENTO CIRÊRGICO POR VIDEOARTROSC M235 RECONSTRUÇÃfO DE LCA DO JOELHO **EQUIPO SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA *****						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do l	tem 15 - I	Descrição		16 - Opção 17 - C	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do mater		•	22 - Referência do material no fal	oricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	1	,	_ _ 1 _ _ , _
80777280006		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I.	
2- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF ST	TRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ _ 1 _ _ , _
80743230025		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I.	
3- 00 00597007	PAI	RAFUSO INTERFEREN	CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	<u> </u> 2	ارااا_ا	2
80044680085		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		i	
4-				بالأ ألما	 	
5-	,,,,,,,,,, 		<u> </u>			
				- !!		
6-			I—I—I—I—I—I—I—I			
	.,,			- ,,	;;	
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 01/03/2023 /**EQUIPO SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA ***** / Empresa / Tit ular: NUTRASAFE ALIMENTOS FUNCIONAIS LTDA ME						
00. Data da 0 " " "	1107 Az :	Carles at Oallates t		00 A: : : :	Decrease front and a decrease of the contract	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	rissional Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização	
_ _ / _ _ / _ _	_					