

89863134

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|__|

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89863134 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 17/01/2023 17:15 89863134 18/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000009437684 05/05/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 700405764036950 **MATHEUS DE ASSUNCAO MEDINA** 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 JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO 06 23237 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 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25/01/2023 00:00 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 INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO 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 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR 1 1- 22 30734053 2- 98 08011981 PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE 3- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 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 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: IVONETE DE ASSUNCAO MEDINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89863134



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		89863134		89863134	17/01/2023 17:15	89863134
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						l l
005000009437684 MATHEUS DE ASSUNCAO MEDINA						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	I - E-mail	
JOSE EVERALDO PED	ROLLO FILHO					l de la companya de
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÁ‡AO CLINICA EM ANEXO INDICAÁ‡AO CLINICA EM ANEXO						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It		Descrição			Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	
21 - Registro ANVISA do materi			22 - Referência do material no fat	oricante	;	23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	1	,	1
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I ₋	
2- 00 71699104	AN		TOPEDICA ANCORTEC - 103.00217 ANCORTEC	1	,	_ _ 1 _ ,
10208610066		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I -	
3-						
	_		_ _ _		! _ _	
4-				. .	,	
	_				<u> _ _ _ _ _ </u>	_
5-				. .	,	
	_			_	<u> </u>	
6- _				.	_ _ _ ,	
	_				_ _ _	
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: IVONETE DE ASSUNCAO MEDINA						
						!
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante	П	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
	I III	oolona Oollotanto		20 73311414141414	πουροποίενοι μοια παιοπέαζαυ	l de la companya de
[I ' '	-11					