

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90560762

(Via HOSPITAL)

A Parietre ANG	Niómana da Cuia	ما د ماداد داد	0									
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuido peia	Operadora		905607	762						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 9056			6 - Data de '	Validade da Senha 20/05/20)23							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Cart	eira	9 - Atendimento d	le RN						
0050000031274571			08/12/2024		N							
50 - Nome Social												
10 - Nome ATACY DE MELO JUNIOR												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - Nome	e do Contratado									
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTOPEDIA	A ESPECIALIZ	ADA LTDA							
14 - Nome do Profissional So		15 - 0 6	Conselho Profission	16 - Número do C	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270							
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	os da Interna	ıção									
19 - Código na Operadora / 0			Hospital / Local Solic	citado			21 - Data sugerida para Internação					
10.246.214/0001-04	l	JNIORT E	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA	LTDA		04/04/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 24 -	- Regime de Internaçã	o 25 - Qtde. D	árias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OP	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N					
28 - Indicação Clínica			<u> </u>									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (d		O(2) (opcional)	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		CID 10(4) (opcional	33 - Indicação de A	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Solic	itados										
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733030 2- 22 30733057 3- 22 30731216 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	do Procedimento	MENIS RECON TRANS DIARIA ALUGU	ROPLASTIA (CO CCECTOMIA - UM NSTRUCAO, RET SPOSICAO DE M A DE QUARTO C	I MENISCO - PF FENCIONAMEN AIS DE 1 TENE COLETIVO DE 2 ARELHO / EQU	OCEDIMENTO TO OU REFORC AO - TRATAME LEITOS COM B IPAMENTO PAI	RES) - PROCEDIME VIDEOARTROSCOP CO DO LIGAMENTO INTO CIRURGICO BANHEIRO PRIVATIV RA ARTROSCOPIA	PICO 1 1 CR 1 1 1 1 VO 1 1					
39 - Data provável da Admis	são hospitalar 4	10 - Qtde Diári	ias Autorizadas	41 - Tipo de Acon	odação autorizada	7						
42 - Código na Operadoro /	CNP Lautorizado	43 - Nome	1 e do Hospital / Local	Autorizado			44 - Código CNES					
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDI					ADA LTDA		6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/03/2023 / Empresa / Titular: ATACY DE MELO JUNIOR												
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do Pro	ofissional Solicitante	II 48 - Assinatura	do Beneficiário ou	Responsável 49 - Ass	sinatura do Responsável pela Autorização					



2 - Nº Guia no Prestador

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

· · ·	3 - Número da Guia Referenc	ciada	I - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora							
343269	343269 90560762			90560762	21/03/2023 11:58	90560762							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social											
0050000031274571													
8 - Nome													
ATACY DE MELO JUN	OR												
Dados do Profissional Solicitante													
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail								
MARCUS VINICIUS DA	NIELI												
Dados da cirurgia													
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA + MENISC LESAO DO LCA MENISCO													
OPME Solicitadas													
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 - D	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento								
1- 00 00590045	LAM	IINA PARA SHAVER SET		1		_ 1	,						
80777280006	DIOF		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			1 4							
2- 00 72320907 80044680067	DISP		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ ,	_ 1	_ ,						
3- 00 00597007	DAD		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			I 1							
80044680085	FAR		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_ '	_ ,						
4-						_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
	372-0900 / Emitido em 21/0		ATACY DE MELO JUNIOR	100 Assistant									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	nissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização								