



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95435120**
(Via HOSPITAL)

| | | |
|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95435120 | |
| 4 - Data da Autorização 12/06/2024 10:59 | 5 - Senha 95435120 | 6 - Data de Validade da Senha 11/08/2024 |

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000059588490 | 8 - Validade da Carteira 07/10/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
| 50 - Nome Social | | |
| 10 - Nome DANILO MANOEL TAVARES DA SILVA | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 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 20/06/2024 00:00 | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 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 reconstrução de lca de joelho esquerdo | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) | | 30 - CID 10(2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opcional) | 32 - CID 10(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 | 30726190 | LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR | 1 | 1 | |
| 2- 22 | 30731224 | TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO | 1 | 1 | |
| 3- 22 | 30733049 | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1 | 1 | |
| 4- 22 | 30733073 | RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR | 1 | 1 | |
| 5- 22 | 30731216 | TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 1 | 1 | |
| 6- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 | |
| 7- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 | |
| 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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/06/2024 / Empresa / Titular: DANILO MANOEL TAVARES DA SILVA | | | | |
| 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 Guia no Prestador 95435120

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 95435120 | 4 - Senha 95435120 | 5 - Data da Autorização 12/06/2024 10:59 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95435120 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

| | |
|--|--|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000059588490 | 29 - Nome Social DANILO MANOEL TAVARES DA SILVA |

| | | |
|--|---------------|-------------|
| Dados do Profissional Solicitante | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

| | |
|---|--|
| Dados da cirurgia | |
| 12 - Justificativa técnica PÓS-OPERATÓRIO TARDIO, TEVE NOVO ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO, REFERE FALSEIOS DE REPETIÇÃO, EVOLUIU COM ROTURA DE LCA, LESÃO DE LAL AO EXAME FÍSICO \\"SHIFT\\" EXPLOSIVO E LESÃO CONDRAL GRAU 3. ENCAMI | |

| OPME Solicitadas | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------|--|---|--|---|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 13 - Tabela | | 14 - Código do Material | | 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 | | 00499293 | | CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 | | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| 80356130052 | | | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ | | | | |

| |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do Material |
|--------------------------------|

| |
|---|
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/06/2024 / Empresa / Titular: DANILO MANOEL TAVARES DA SILVA |
|---|

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