

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91061275

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91061275 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 04/05/2023 09:42 91061275 03/07/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000031145240 03/06/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome LEONARDO HENRIQUE MATHEUS DE SOUZA Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** 225270 06 19475 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 10/05/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C s Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR GUIA 90736802 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- **22** 30735050 LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE O 1 3- **22** 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |\_\_|\_| 8- |\_\_|\_| 9- |\_\_|\_| 11-12-I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: SANTA ALICE LOTEADORA S/C 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

"			- Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91061275		91061275	04/05/2023 09:42		91061275
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000031145240							
8 - Nome							
LEONARDO HENRIQUE	MATHEUS DE SOUZ	<b>ZA</b>					
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 71502718 80044680086			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	3	_  ,	_  3	_ _ , _
2- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SET		_ _ _ _ _      2		2	,
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<del></del> 		_I <del>_</del>	
3- <b>00</b>		CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		_  1	_ _ _
80743230025	-		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,		— <b>·</b>	111/11
4- 00 70917540	CAI	NULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	<u>  </u> 2	_ _ _ ,	_  2	_ ,
80777280003		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-   _     _					_	_	,
				_ _	_ _ _ _ _	_ _	
6-   _	_ _ _		<del></del>		_	_	_ _ , _
						_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: SANTA ALICE LOTEADORA S/C							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		